DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **ALEJANDRO ESTEBAN MERA SALAZAR,** con **CC. 171639354-9,** autor del trabajo de graduación intitulado: **"ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO EN EL SUJETO DE LA ANOREXIA". Estudio realizado a través de la teoría psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de anorexia en la Clínica NOOS en el periodo enero-mayo de 2015.",** previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 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 graduación 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.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2017

ALEJANDRO ESTEBAN MERA SALAZAR
CC. 171639354-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ÁREA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

"Análisis de la incidencia de la pulsión de muerte en la construcción del cuerpo en el sujeto de la anorexia.

Estudio realizado a través de la teoría psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de anorexia en la Clínica NOOS en el periodo Enero-Mayo de 2015"

ALEJANDRO MERA

DIRECTOR:

MTR. FRANCISCO JARAMILLO

QUITO, DICIEMBRE 2016

A la memoria de mi padre…

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA **ii**

TABLA DE CONTENIDOS **iii**

RESUMEN **iv**

INTRODUCCIÓN **1**

1 **LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA POSMODERNIDAD** **4**

1.1 Concepción y contextualización del término pulsión de muerte 4

1.1.1 Pulsión de muerte en Psicoanálisis 7

1.1.2 La Muerte en la filosofía posmoderna 10

1.2 Goces de los sujetos posmodernos 11

2 **CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA DEL CUERPO EN LA ANOREXIA** **14**

2.1 Posmodernidad e imagen del cuerpo 17

2.2 El sujeto de la anorexia 25

2.2.1 Sujeto sujetado a su malestar 29

2.3 Estética del cuerpo en la anorexia 31

2.3.1 La seducción y su ausencia 34

3 **ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS** 36

3.1 Metodología 36

3.1.1 Análisis de las entrevistas realizadas a la directora 37

Y psicólogo de institución.

CONCLUSIONES **56**

RECOMENDACIONES **58**

BIBLIOGRAFÍA **59**

ANEXOS **61**

Anexo 1: Nómina de entrevistados 62

Anexo 2: Guía de entrevista (Directora de la Clínica NOOS) 63

Anexo 3: Guía de entrevista (Psicólogo de la Clínica NOOS) 64

Anexo 5: Transcripción de entrevista (Directora de la Clínica NOOS) 65

Anexo 6: Transcripción de entrevista (Psicólogo de la Clínica NOOS) 75

RESUMEN

A través de la presente disertación se realiza una aproximación al fenómeno de la anorexia, entendido como una construcción psíquica que responde a una discursividad social enmarcada en la época contemporánea. Esta investigación de tipo cualitativo se fundamenta en la teoría psicoanalítica, así como en el estudio de los fenómenos actuales desde la antropología y filosofía, procurando una comprensión de la problemática desde un punto de vista social y psíquico. Así, el estudio busca profundizar las implicaciones que tiene la tendencia a la muerte en la vida del sujeto, y dicha pulsión constante que llega a construir un cuerpo de la precariedad simbólica, como es el cuerpo de la anorexia. De ello se puede dar cuenta a través de las narrativas propuestas por dos psicólogos clínicos, quienes, desde su experiencia y trabajo con este tipo de pacientes, pueden profundizar en su acontecer y en el malestar en que se encuentran sostenidos los pacientes con este desorden alimentario.

INTRODUCCIÓN

El interés en que se fundamenta y sostiene la presente disertación nace como resultado de las múltiples lecturas de los fenómenos contemporáneos que, debido a su constante cambio, traen aparejadas distintas problemáticas, síntomas y malestares que configurarían una psicopatología de la posmodernidad. Sobre esa base, se ubican los desórdenes alimentarios, las adicciones que, pese a ser malestares que han habido desde hace siglos, las lecturas y posicionamientos teóricos y sociales respecto a ellos. Esta disertación pretende realizar una aproximación al fenómeno de la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica y social, entendiendo al sujeto y a su malestar en un contexto determinado que, a la par resulta determinante.

El tema surge a partir del trabajo en una Institución Psiquiátrica en la que existió aproximación a pacientes con diagnóstico de trastornos alimenticios, de manera específica la anorexia. Por otra parte, el interés en la temática aparece como consecuencia de la dinámica paradojal existente en la economía pulsional en relación a la construcción psíquica del cuerpo del sujeto; jugadas allí pulsión de muerte y pulsión de vida, aparecen posicionamientos muy particulares en la construcción de un cuerpo que, entre otras cosas, se encuentra ausente de erotismo, el cuerpo anoréxico.

A lo largo de la investigación bibliográfica que se ha realizado en cuanto a la temática propuesta y como parte del planteamiento del problema para el presente trabajo, se ha encontrado mayor predominancia en estudios desde una visión psiquiátrica, es decir, fundamentada en criterios diagnósticos, trabajo desde el síntoma, a partir de los cuales se sostiene su tratamiento. Sin embargo, cabe considerar distintas ópticas que den cuenta del malestar en que se sostiene el cuerpo anoréxico tomando en cuenta su tendencia a la nulidad. En estricto sentido, dicha nulidad se la concebiría desde la teorización de la pulsión de muerte en Freud, así como desarrollos posteriores desde los cuales tendrá lugar esta disertación que procurará responder a la pregunta: ¿Por qué la paciente que padece anorexia pretende eliminar su cuerpo?

Para la parte teórica, se trabajarán los conceptos de pulsión de muerte, construcción del cuerpo y anorexia. Por otra parte, dentro de los aspectos secundarios estarán presentes los términos de construcción subjetiva desde efectos del discurso social y sus impactos en

la construcción subjetiva. La pregunta que regirá la investigación será: ¿Cómo la pulsión de muerte incide en la construcción del cuerpo en el sujeto anoréxico?

El presente estudio va a versar sobre el análisis del sujeto en la anorexia y no girará en torno a los otros "trastornos alimenticios", pese a que se conoce que el padecimiento se produce en muchas ocasiones en una relación casi condicional. A nivel teórico, si bien se sostienen aproximaciones a la teoría propuesta por Jacques Lacan, no se realizará una profundización de la misma, por cuanto el presente estudio pretende más bien un diálogo entre disciplinas que pueden ser afines al psicoanálisis como lo son la filosofía contemporánea y la antropología, tomando en consideración algunos aportes que éstas pueden brindar para dilucidar los fenómenos a ser tratados. Las mismas, servirán como puntos de apoyo a lo largo del presente trabajo que toma como eje el estudio psicoanalítico de la anorexia.

El objetivo general que guía esta disertación es analizar la incidencia de la pulsión de muerte en la construcción del cuerpo en el sujeto de la anorexia. Los objetivos específicos son: explicar cómo la pulsión de muerte interviene en la construcción del sujeto en la posmodernidad; exponer la anorexia desde los diferentes discursos identificatorios desde donde se sostiene el cuerpo anoréxico; interpretar la implicancia de la pulsión de muerte en la construcción del cuerpo en el sujeto de la anorexia a través del análisis realizado por los psicólogos clínicos a través de la entrevista.

Con el fin de alcanzar el objetivo general, así como los objetivos específicos, se trabajara: en el primer capítulo la contextualización y concepción del término “pulsión de muerte” tomando como referencia el texto “Estados de Ánimo del Psicoanálisis” del filósofo Jacques Derrida en diálogo con la psicoanalista Élisabeth Roudinesco. Más adelante se realiza una aproximación a la teorización freudiana, para luego dar paso a una lectura desde la filosofía y el psicoanálisis contemporáneo de Melman.

En el segundo capítulo se realiza una articulación de los términos “cuerpo-anorexia”, entendidos como una construcción social desde la que se constituye el aparato psíquico en tanto escritura. Se aborda también la concepción contemporánea sobre la imagen y su influencia en la construcción del cuerpo, así como se puntualiza acerca del fenómeno de la mirada y la estética, nociones de fundamental importancia al momento de trabajar la anorexia. Para concluir el segundo capítulo se trabajan ciertos pasajes en torno a

la “seducción” y su ausencia desde Baudrillard, así como el malestar subjetivo que se pone de manifiesto a través de este desorden.

En el tercer capítulo se realiza una aproximación teórico-práctica tomando en consideración lo trabajado en los primeros capítulos, para establecer así una correlación con las narrativas de los psicólogos clínicos con quienes se trabaja a través de la entrevista semiestructurada, desde la cual se abordan puntos centrales en torno a la problemática de la anorexia tomando como referencia el psicoanálisis, así como cierta perspectiva social.

1. CAPÍTULO I: LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA POSMODERNIDAD

"Nadie puede no ir más allá. Y más allá hay un abismo". (Antonio Porchia)

A lo largo del presente capítulo se pretende hacer una aproximación al término de pulsión, leída, teorizada y postulada por el psicoanálisis freudiano, a través de los distintos momentos en que fue desarrollándose el concepto, con el fin de comprender tanto sus manifestaciones en los sujetos, su dinámica, así como sus implicaciones en la vida cotidiana de la actualidad.

Para tal efecto, se realizará una revisión de textos particulares de Freud, en los cuales trabaja el concepto de pulsión, particularmente la pulsión de muerte o de destrucción, la "compulsión a la repetición", no con el fin de realizar un recorrido cronológico de los conceptos, sino para comprender los fenómenos que acontecen en la realidad social contemporánea. Para dicho efecto, se tomará en consideración el análisis de psicoanalistas y la lectura que Derrida hace de los términos freudianos, así como los aportes de otros filósofos como Bataille, Nietzsche, Schopenhauer y Baudrillard.

1.1. Concepción y contextualización del término pulsión de muerte

A lo largo de la historia, la muerte ha sido objeto de estudio de la filosofía, la antropología y el psicoanálisis, disciplinas desde las cuales se ha procurado entender su naturaleza inasible, la misma que produce distintas perspectivas acorde al contexto, el lugar y el tiempo, desde las cuales puede ser leída.

Con el propósito de aproximarse a los orígenes del término, es Freud quien lo funda como uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, en torno al cual girará todo su edificio conceptual. Movimiento *prínceps* a la hora de entender la sexualidad humana como una experiencia erótica, en tanto función psíquica, desligándola así del reino de lo puramente natural u orgánico.

De ahí que al hablar de la pulsión de muerte, sea de primer orden tomar como punto de referencia su otra cara, la pulsión de vida (Eros), y del erotismo, el mismo que históricamente ha sido mal visto por el cristianismo. A decir de George Bataille, en su Historia del Erotismo, "(…) sólo la vida humana muestra una actividad que define, tal vez, un aspecto 'diabólico' al cual conviene el nombre de erotismo". (Bataille, 1970, pág. 49). Por ello, cabría la pregunta de: ¿cómo entonces podría el erotismo no ser mal visto culturalmente y, con ello, hacer propensa una cultura sostenida en sus antípodas?

En el mismo orden de la mencionada concepción, se ponen de manifiesto operaciones que vendrían a dar cuenta de esa otra cara de la pulsión, la pulsión de muerte, la misma que se sostiene en prácticas cotidianas que ponen en juego una psicopatología social. Al respecto, en su obra "¿Por qué el psicoanálisis?" Roudinesco sostiene lo siguiente:

> La noción de pulsión de muerte permite, en el plano clínico, explicar cómo un sujeto se expone, inconscientemente y de manera repetitiva, a situaciones dolorosas, extremas o traumatizantes que le reactualizan experiencias vividas anteriormente. Pero, desde el punto de vista antropológico, sirve también para definir la esencia del malestar de la civilización, la cual se confronta permanentemente a los principios de su propia destrucción. El crimen, la barbarie, el genocidio, son actos que forman parte de la humanidad misma, de lo propio del hombre". (Roudinesco, 1999, pág. 100)

Como menciona la autora, habría que entender los fenómenos de la destructividad humana como propios de la condición del ser-para-la-muerte, que se ha dejado entrever desde los inicios de la civilización. Dicha manifestación social podría ser leída, entre otras aristas, desde la "crueldad humana" analizada en los "Estados de Ánimo del Psicoanálisis, en donde Derrida considera que ésta "desempeña un papel operatorio indispensable": "Recurriendo más de una vez a esta palabra, Freud la reinscribe en una lógica psicoanalítica de pulsiones destructivas indisociables de la pulsión de muerte" (Derrida, Estados de ánimo del psicoanálisis, 2001, pág. 3), las mismas que, a decir del padre del psicoanálisis, "si no queremos abandonar (dichas) hipótesis (…), hay que asociarlas desde el comienzo mismo con unas pulsiones de vida" (Freud, 1920, pág. 55). Es decir, las pulsiones eróticas y la pulsión de muerte, van siempre de la mano y de una manera indisociable.

De ahí la vigencia de los postulados freudianos en la que vendría a ser una de sus obras fundamentales en relación a temas sociológicos, el Malestar en la cultura, en donde expone la naturaleza pulsional, tanto en su entremezcla, como en sus manifestaciones hacia dentro y fuera del sujeto. Así, sostiene:

> Más lejos nos llevó la idea de que una parte de la pulsión se dirigía al mundo exterior, y entonces salía a la luz como pulsión a agredir y destruir. Así la pulsión sería compelida a ponerse al servicio del Eros, en la medida en que el ser vivo aniquilaba a un otro, animado o inanimado, y no a su sí-mismo propio. (Freud, 1929, pág. 115)

El Eros al servicio de la crueldad, en tanto una puesta en juego hacia fuera de las pulsiones de destructividad, como ya lo entendía Einstein en su correspondencia con Freud acerca del "¿Por qué la guerra?", en donde él da cuenta de que los conflictos bélicos entre comunidades humanas, son producto de la crueldad ejercida por ciertas instituciones de poder, al punto en que son capaces de administrar la muerte. Ligado a ello, aparecen fenómenos tales como los fundamentalismos religiosos, extremismos, que dan cuenta de que "en el hombre vive una necesidad de odiar y de aniquilar".

Dicha necesidad, llevará a la humanidad a reinventar los actos violentos, al mismo tiempo que a repetirlos incesantemente, ya que son el resultado de una crueldad psíquica inherente a su naturaleza. Derrida, a la luz de la comprensión de estos fenómenos contemporáneos, sostiene que:

> Podemos detener la crueldad sangrienta (cruor, crudus, crudelitas), podemos poner fin al asesinato con arma blanca, con guillotina, en los teatros clásicos o modernos de la guerra sangrienta, pero según Nietzsche o Freud, una crueldad psíquica los suplirá siempre inventando nuevos recursos. Una crueldad psíquica seguiría siendo desde luego una crueldad de la psyché, un estado del alma, por lo tanto de lo vivo, pero una crueldad no sangrienta. (Derrida, Estados de ánimo del psicoanálisis, 2001, pág. 5)

El fenómeno de la crueldad psíquica ha sido materia de interés y objeto de estudio dentro del campo psicoanalítico. Por otra parte, más allá de la praxis clínica que lleva a Freud a teorizar en 1920 (Más allá del principio del placer) acerca del mencionado fenómeno, es la guerra la que impulsa al padre del psicoanálisis a cuestionarse acerca de la destructividad humana, la muerte y los orígenes desde los cuales se gestan esas mociones pulsionales. De ahí que Freud considere como elementos fundamentales los aspectos sádicos y masoquistas en la constitución del sujeto, a partir de los cuales, afirma: "ya no

comprendo que podamos pasar por alto la ubicuidad de la agresión y destrucción no eróticas". (Freud, 1929, pág. 115)

Será en el sadismo originario postulado por Freud, en el que Derrida encuentre la hipótesis para la crueldad psíquica de la condición posmoderna: ese goce en dejar sufrir o hacer sufrir al otro o a uno mismo (Derrida, Estados de ánimo del psicoanálisis, 2001), sosteniendo que, ligada a éste, existe una indisociable "pulsión de poder", entendiéndola en tanto lugar performativo, soporte de lo posible dentro del ámbito de lo social, es decir, del campo de lo simbólico.

Dada una fenomenología desde lo simbólico, en tanto lugar donde se constituye un sujeto, correspondería analizar el masoquismo en relación a la repetición y sus manifestaciones en el mundo contemporáneo. Esto resultaría, como Freud lo avecinaba ya en el Malestar en la cultura, como aquello que "trae un incremento de la autodestrucción, (que) por lo demás (está) siempre presente" (Freud, 1929, pág. 115), sobre todo al concebir la psicopatología de las adicciones, los trastornos alimenticios, las depresiones, etc.

1.1.1 Pulsión de muerte en Psicoanálisis

Si bien a través de los acápites precedentes se ha realizado una aproximación psicoanalítica sobre todo a lo que vendrían a ser las manifestaciones o puestas en juego de la pulsión de muerte, se considera necesario realizar un breve recorrido a través de la Obra freudiana. Esto con el fin de situar los distintos momentos en que el concepto de pulsión fue tomando lugar y, sobre todo, dar cuenta de que la teorización acerca de la pulsión de muerte o de destrucción se la realizó en un momento relativamente tardío (1920); pese a que dicha noción, como se verá, ha permanecido latente desde los inicios mismos de la fundación del psicoanálisis.

Para comenzar el recorrido por el desarrollo de la teoría de las pulsiones, es de primordial importancia hacer referencia al texto de Freud de 1905 "Tres ensayos de teoría sexual", en donde el autor pone de manifiesto, por una parte las pulsiones de autoconservación, entendiendo así el hambre y la consecuente nutrición; por otra parte, están las pulsiones sexuales, es decir, aquellas cuyo fin es estrictamente la obtención del "placer a través de un órgano". Allí se esbozan las distintas manifestaciones en cuanto a

objetos y metas sexuales, y se postula la noción de "apuntalamiento de la pulsión sexual en la de autoconservación" (Freud, 1905).

Por otra parte, siendo un segundo momento crucial, puesto que la teoría de las pulsiones atraviesa un giro de gran importancia, está la Introducción al narcisismo de 1914, obra de gran valor conceptual y teórico, en donde Sigmund Freud marca distinciones particulares de la libido en relación a la pulsión de naturaleza sexual. Así, sostiene que "la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo" (Freud, 1914, pág. 72). La presente teorización, se produce gracias a que, según más adelante menciona: "las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya". (Freud, 1914, pág. 74). Así, la mencionada "nueva acción psíquica" borraría, de cierta forma, la diferencia que existía hasta el momento entre las pulsiones sexuales y las de autoconservación.

Más adelante, en 1915 en el texto "Pulsiones y destinos de pulsión", Freud marca la importancia de este concepto debido a su implicancia en el psiquismo. Allí retoma la definición de la pulsión:

> Nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Reprasentant} psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (Freud, 1915, pág. 117)

Para dar cuenta de conceptos que delinean la naturaleza de la pulsión y su dinámica. A saber, esfuerzo, meta, objeto, fuente de la pulsión, así como también manifiesta sus distintos destinos: El trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, la represión y la sublimación.

En el texto "Pulsiones y destinos de pulsión (1915), Freud desarrolla "el trastorno hacia lo contrario" mencionando que se trata de una "vuelta de la pulsión" de la actividad a la pasividad o viceversa, formando así pares como son sadismo-masoquismo, exhibicionismo-voyeurismo y el trastorno de contenido que aparece en el amor-odio. Más adelante trabaja el segundo destino "la vuelta sobre la propia persona" en donde manteniéndose inalterada la meta de la pulsión, se trata del cambio de vía del objeto.

La represión, la sitúa como uno de los elementos centrales del inconsciente y se refiere a los contenidos que han sido rechazados por la consciencia, a aquello "olvidado" que, sin embargo, actúa constantemente desde el inconsciente a través de la pulsión. Y finalmente, como último de los destinos pulsionales trabaja la sublimación: se refiere a la mudanza pulsional a una meta no sexual, a aquello social y culturalmente aceptado como la producción artística, científica, política y cultural.

Posteriormente, y tomando en consideración el recorrido del desarrollo teórico que hace Freud del concepto de "pulsión", él dará cuenta de la existencia de un fenómeno que le es inherente a la pulsión, y se pone de manifiesto a través de la pulsión de muerte. Se trata de la "compulsión a la repetición", la cual, previa teorización en *Más allá del principio del placer,* se la tomará en consideración en un texto de vital importancia para la comprensión del fenómeno: *Recordar, repetir y reelaborar*, escrito de 1914, en que se sostiene el mecanismo a través del cual el yo adulto actúa en el presente, de manera repetitiva e inconsciente, aquello que fue amenazante en su pasado y que, por tanto, obedece a las leyes de la represión. (Freud, 1914).

"Nuestra vida late al ritmo de la repetición que el inconsciente impulsa", afirma Nasio en su obra "¿Por qué repetimos siempre los mismos errores? (2013, pág. 12), entendiendo al Inconsciente como una "fuerza propulsora" activa que, por ende, pulsa sin cesar (*Drang*). De ahí que Freud manifieste que la pulsión de muerte sea la pulsión propiamente dicha. Llega a otorgarle un estatuto y teorización en 1920, pese a que ya desde el *Proyecto de psicología para neurólogos*, en 1895, el padre del psicoanálisis daba cuenta, a través de su lectura de las descargas energéticas, de que la repetición tiende siempre hacia la muerte.

Finalmente, Freud en *Más allá del principio del placer* de 1920 sitúa como estatuto la pulsión de muerte, no siendo más el principio del placer el rector del aparato psíquico, sino que da cuenta de la existencia de una fuerza más primaria, que implica:

> Una tendencia a la restauración de un estado anterior –aquél de lo inanimado o la muerte- (en tensión con las pulsiones parciales) destinadas a asegurar el camino hacia la muerte particular del organismo y a alejar otras posibilidades de regreso a lo inorgánico que no sean las inmanentes (Freud, 1920, pág. 39)

"Cada organismo busca morir a su manera", dirá Freud en el texto citado, y con ello da cuenta de la tendencia constante a la repetición de experiencias dolorosas que ponen de manifiesto sus pacientes a través de los sueños como producto de los traumatismos de guerra, y en que se reavivan las experiencias de insatisfacción y displacer.

Dicha repetición, leyéndola como la puesta en juego de la pulsión de muerte, Freud la teoriza como un aspecto constitutivo del sujeto, es decir, como un fenómeno que se produce como proceso primario y fundante. De ahí que el *Fort-Da*, que repite su nieto sea, como lo menciona Chemama, "la experiencia de un apego a la pérdida", la misma que más tarde el sujeto reproducirá de manera patológica o no, "como si la repetición fuera ante todo la del momento inaugural, repetición de la misma pérdida" (Chemama, 2008, pág. 21).

En relación a dicho fenómeno, en tanto un fenómeno observable en la experiencia clínica, Nasio sostiene que "La repetición es la repetición de la misma cosa que reaparece, pero nunca idéntica a ella misma aunque reconocible como siendo siempre el mismo objeto". (Nasio, 2013, pág. 25)

1.1.2 La Muerte en la filosofía posmoderna

> "Vivir, por definición, no se aprende. Ni de uno mismo ni de la vida por la vida. Sólo del otro y por la muerte" (Derrida, 2006, pág. 15)

La muerte ha sido uno de los pilares fundamentales, por no decir el primigenio, que ha dado vida a las múltiples edificaciones teóricas a lo largo de la historia de la filosofía. Si bien el presente trabajo gira en torno a la noción psicoanalítica de la muerte, se ha considerado fundamental el abordaje de ciertas perspectivas filosóficas contemporáneas, con el fin de tener un horizonte más amplio de las distintas lecturas que pueden realizarse acerca del fenómeno y el problema de la muerte.

El filósofo y escritor Ferrater Mora, en su Diccionario de filosofía, sostiene:

> El significado de la muerte ha oscilado entre dos concepciones extremas: una que concibe el morir por analogía con la desintegración de lo inorgánico y aplica esta desintegración a

> la muerte del hombre, y otra, en cambio, que concibe inclusive toda cesación por analogía con la muerte humana. (Ferrater, 1979, pág. 238)

El filósofo marca la mencionada distinción por cuanto es en su obra "El sentido de la muerte", en la que da cuenta de que "solo la muerte humana cesa", en tanto, solamente el humano tiene consciencia de ser para la muerte.

Con ello, cabe comprender que son varias las perspectivas desde las cuales ha sido teorizado el problema de la muerte. Por una parte están los filósofos biologicistas, quienes al trabajar conjuntamente con médicos, tienen como misión la elaboración de una ética, la cual vendrá a constituir un modelo para el "saber-hacer" con la muerte: procedimientos adecuados, en el marco de un saber científico sobre este fenómeno, en lo que podría entenderse desde Nietzsche como una búsqueda de la "voluntad de verdad". Una verdad inamovible, sostenida en los principios científicos de las nociones de muerte orgánica, etc.

Por otra parte, y en proximidad con el marco teórico y referencial que persigue el presente trabajo, la teoría psicoanalítica, desde la cual se sostiene el fenómeno de la repetición como una puesta en juego de la pulsión de muerte, y tomando en consideración la definición de Nasio alrededor de la repetición, cabría tomar como referencia aquello que Nietzsche planteó acerca del "eterno retorno de lo mismo", noción que más tarde sería retomada por Jacques Derrida y Élisabeth Roudinesco, quienes trabajan alrededor del tema de la herencia en su relación con la muerte.

Dicho "eterno retorno de lo mismo" hace referencia a una repetición y vuelta de "lo mismo" que, a través del psicoanálisis, se conoce que toda repetición nunca podrá darse de la misma manera. Es decir, nunca será una repetición igual a la anterior puesto que el sujeto está marcado por la temporalidad de su inconsciente, de su deseo y por ende, de su pulsión. De ahí que el sujeto "re-produzca" cada vez experiencias dolorosas sin que éstas sean repeticiones de la misma experiencia. La producción del sujeto habrá sido estructurada y será a partir de allí su constante re-producción a través de experiencias que vuelvan sobre lo mismo (una experiencia traumática) sin aparecer a través de las mismas manifestaciones de placer o displacer.

1.2 Goces de los sujetos posmodernos

El mundo contemporáneo está caracterizado por los cambios drásticos y está sujeto a la inmediatez de los tiempos mediáticos, las relaciones virtuales casi en reemplazo de las relaciones sociales cara a cara. Todo ello, debe ser leído desde nuevas perspectivas que permitan la construcción de postulados con el fin de comprender los fenómenos que acaecen y acontecen en lo cotidiano de occidente. Si bien dicha vorágine no estará precisamente a la par del desarrollo tecnológico y mercantil de las grandes potencias mundiales, existen cambios notables que se dejan ver a través de las distintas generaciones, aquellas generadoras de nuevas culturas que, a su vez, requieren nuevas interpretaciones.

Si bien a lo largo del presente capítulo se han abordado concepciones y ciertas miradas desde lo social, psicoanalítico y filosófico en relación al fenómeno de la pulsión de muerte, cabe situar también una época, que viene precisamente a cuestionar lo ya establecido, la Ley, el estatuto de lo Simbólico, el deseo y, por tanto, la relación que el sujeto contemporáneo tiene con la tendencia a la muerte.

El goce, por su parte, es un término acuñado por Jacques Lacan que hace referencia a aquello que aparece "más allá del principio del placer", noción acuñada por Freud en 1920, tendencia primaria sobre la cual se funda el aparto psíquico y constante que el sujeto pone en marcha a lo largo de las experiencias dolorosas, repetitivas, a lo largo de su existencia.

Roland Chemama, en su libro "El goce, contextos y paradojas", hace referencia a su libro *Clivage et modernité* en donde sostiene la dificultad que tiene hoy en día un adolescente de mantener "contacto con un compañero real", pues éste se encuentra subsumido al consumo de pornografía. (Chemama, 2008, pág. 76). Cabría entonces la pregunta acerca del modo en que el sujeto opera sus relaciones con un otro, y continúa: "Aquí la mirada, saturada, no introduce el deseo de un encuentro. Adormece al sujeto en un goce sin escapatoria" (Chemama, 2008, pág. 76).

El deseo, aparecería obturado al no dejarse entrever la falta en ser del sujeto. La pretensión sería la de una suerte de completud a la que aspira el sujeto y que, de cierto modo, obtiene. Se trata de aquello que Melman en su texto "El hombre sin gravedad: gozar a cualquier precio" denomina la emergencia de una "nueva economía psíquica":

> Subsiste la cuestión de lo que hace que en el mundo contemporáneo -en el universo capitalista, o en lo que llamamos el discurso del capitalista- el sujeto pueda ser particularmente reforzado en esa esperanza de encontrar siempre un objeto disponible, hasta el punto de reconocer ahí totalmente su goce. (Chemama, 2008, pág. 21)

El goce, en tanto pulsión de muerte, a la luz de las manifestaciones contemporáneas, se vislumbra no como un hecho aislado, sino como una tendencia apremiante y en proceso de realización, apareciendo como una vindicta frente a la caída de las instancias de Ley en el campo de lo social:

> […], lo propio de la nueva economía psíquica, es que no incita absolutamente a contener la pulsión de muerte, ¡aspira a ella! Cuando uno no tiene apetito más que para la satisfacción realizada, el mantenimiento de la vida no constituye en ningún momento un factor restrictivo. (Melman, 2005, pág. 132)

2. CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA DEL CUERPO EN LA ANOREXIA

"El mundo está en mi cabeza. Mi cuerpo está en el mundo" (Paul Auster)

A lo largo de la historia del movimiento psicoanalítico, desde Freud hasta nuestros días, se han puesto en juego términos y conceptos que, más allá de sus acepciones tradicionales en la lengua, nos sitúan en un lugar y momento específico del recorrido teórico de una vasta obra como es la psicoanalítica.

A través del presente capítulo, se pretende realizar una aproximación a ciertos conceptos tomando como marco referencial por un lado el psicoanálisis freudiano y por otro la filosofía contemporánea, lenguajes desde los cuales se pretende situar el contexto, los lugares y voces a los que convoca la cultura de nuestros días, la misma que sostiene formas particulares y muy cambiantes de concebir la noción de cuerpo.

Para este efecto, se propondrá un breve recorrido por la noción de cuerpo en la obra de Freud y sus distintos momentos de teorización, desde sus inicios hasta momentos avanzados de su obra. Posteriormente, se realizará una aproximación al estudio del cuerpo desde ciertas perspectivas filosóficas contemporáneas, a la luz de trabajos y obras de filósofos algunos de ellos lectores de Freud y críticos del psicoanálisis como son Jacques Derrida, Jean Baudrillard, entre otros. Ello con el fin de contextualizar el "concepto de cuerpo", de ubicarlo en los tiempos contemporáneos, dando cuenta así por una parte de la actualidad de la teoría freudiana, así como de sus implicaciones en las reflexiones que pueden construirse a partir de ello.

La noción de cuerpo puede ser leída desde la multivocidad de las distintas disciplinas que ocupan sus teorizaciones, en dar un lugar particular que conviene distinguir. Así, aparece en la medicina cuya lectura es anatomo-fisiológica, la misma que toma en consideración al "organismo" en tanto estructura, funciones en relación con el medio, etc. Por otra parte, existen lecturas del cuerpo entendiéndolo como lugar mítico, espacios desde los cuales se sostienen discursos sociales y culturales que, acompañados de prácticas, han dado lugar a una ritualística (ethos) del cuerpo, apoyados en la tradición judeo-cristiana en la que se asienta occidente. Ello ha producido marcas que pueden ser leídas a lo largo del tiempo, de lo cual da cuenta, a través de su obra "Historia del cuerpo

en la Edad Media" el historiador francés Jacques Le Goff, en donde sostiene que los placeres y pulsiones eran reprimidos en la Edad Media, así como el cuerpo sexuado era desvalorizado (2005).

La cita da cuenta de la represión cultural que ha existido y que se mantiene vigente. Allí cabría preguntarse cómo se construye la nueva erótica de los cuerpos, con el fin de lograr comprender los fenómenos que acontecen en éste, en tanto construcción psíquica y subjetiva, y particularmente, en el cuerpo de la anorexia.

Por otra parte, al referirnos a la concepción psicoanalítica del término, es necesario realizar una aproximación al Freud de 1893, neurólogo, quien marca la distinción entre el organismo de la medicina y el estatuto de cuerpo en psicoanálisis. Dicha distinción Freud la establece a partir de su texto "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de parálisis motrices orgánicas e histéricas", puntualizaciones que Freud realiza años después de realizar estudios conferidos por Charcot (1885-1886), quien fue su profesor.

En dicho texto, Freud da cuenta de que "la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella" (Freud, 1893, pág. 206) lo cual da cuenta de que una afectación funcional no es necesariamente la manifestación de un daño orgánico. Posterior a ello, a las parálisis histéricas se relacionará con la representación o idea del órgano íntimamente ligado a un núcleo afectivo patógeno.

Al continuar el recorrido por la obra freudiana se constata que el desarrollo del vocablo "cuerpo" aparece señalado y teorizado en "Los tres ensayos de una teoría sexual", trabajo de 1905 en que el autor da cuenta de un cuerpo fragmentado, parcializado (al hacer referencia a la parcialidad de la pulsión), la cual a través de su recorrido va erogenizando el cuerpo, tomando como objeto diversas zonas y órganos que, por medio del apuntalamiento pasarán a ser lugares en que convergen por una parte las pulsiones yoícas o de autoconservación, por otra parte las pulsiones sexuales. De ahí que, como menciona Freud: "Ciertos lugares del cuerpo […] elevan el reclamo de ser considerados y tratados ellos mismos como genitales." (Freud, 1905, Pg. 139).

De tal manera, el "cuerpo fragmentado" está ligado a la construcción de la sexualidad infantil pues, apuntalada en la función biológica, el cuerpo vivencia una

experiencia de satisfacción sexual gracias a que cada parte del cuerpo (especialmente mucosas, orificios y espacios de borde) constituyen zonas erógenas destinadas a la producción de placer. Éstas estarán ligadas a una representación psíquica, huella mnémica, que motivará la constante repetición de dicha experiencia en búsqueda de lograr obtener nuevamente el placer de la primera experiencia.

Tomando en consideración lo planteado hasta el momento, será en su texto de Introducción al Narcisismo (1914) donde Freud postule la teorización acerca del estatuto de cuerpo unificado, como todo y como propio, concibiendo al cuerpo como cede del narcisismo, esto es:

> […] conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual, vale decir: lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mima, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena (Freud, 1914, pág. 71)

Y donde aparece la noción primordial de instauración del "Yo, siendo un "yo-cuerpo":

> […] un supuesto necesario es que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo, el yo tiene que ser desarrollado. Las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales, por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya. (Freud, 1914, pág. 74).

Una vez que se ha constituido el yo, el rol que viene a ocupar la imagen para un sujeto es fundamental. Freud, años más tarde, en su texto El yo y el Ello (1923), mencionará que "el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie" (Freud, 1923, pág. 27). Con ello, se establece una estrecha relación entre yo-cuerpo-imagen, con lo cual no cabría hablar de cada uno de sus estatutos por separado, pues se implican.

Dado el breve recorrido por las construcciones conceptuales y teóricas a propósito del "cuerpo" en Freud, cabe dar lugar a ciertos cuestionamientos acerca de sus implicaciones en la clínica contemporánea de las anorexias: ¿cómo se construye un cuerpo en la cultura de nuestros días?

2.1. Posmodernidad e imagen del cuerpo

En referencia a la posmodernidad, en tanto una época (o era) que trae aparejada cambios en ocasiones radicales, cabe concebir distintas lecturas e interpretaciones de los fenómenos en relación al cuerpo y su imagen como una puesta en juego del sujeto ante el otro, para considerar cómo ello modula, produce, y configura dicha relación de modo particular.

La cultura contemporánea es, sin lugar a dudas, la cultura de la imagen. Imagen desde la cual se expone el sujeto desde su movimiento, en su ritmo, en su cadencia. El sujeto, aparece en lo que Borges llamaría la "grafía del movimiento" (Calabrese, s/f), en tanto lenguaje y marca a ser leída e interpretada por otro. Comprendiendo los consecutivos cauces teorizados por Freud a lo largo de su Obra, podría sostenerse que el sujeto del inconsciente, aparece manifiesto a través del cuerpo, como una de las formas de hacerse-ver, hacerse oír: el síntoma como una de las formaciones del inconsciente; por otra parte, cabe mencionar el estatuto del yo como una instancia ligada a las sensaciones desde donde se construirá una imagen y, con ello, una identidad. De ahí su énfasis en la cultura de la estética vanguardista manifiesta en el cine y otras expresiones actuales.

El cuerpo, aparece como lugar de producción y a la vez como receptáculo de cuanto lo modula, lo concibe y lo crea. Aparece como lugar significante, al mismo tiempo que semiótico. Da lugar a muchas lecturas puesto que no admite una concepción cerrada o única del mismo: "Hay discursos culturales y sociales que marcan diferencias en las concepciones sobre el cuerpo en las distintas etapas históricas, en diferentes contextos culturales, en distintas etapas de la vida y en relación con la diferencia de los sexos", sostiene Laqueur, 1990, citado en Fiorini, 2008, pág. 17)

"Las fuertes influencias de la filosofía griega tienen gran responsabilidad en la dualidad y negación del cuerpo como un todo, como el espacio de dolor y de placer" (Cordero, 2013, pág. 9). Para Platón, por ejemplo, "el cuerpo era aquella cárcel pecaminosa y corruptible que alberga momentáneamente el alma" (Cordero, 2013, pág. 10). Se trata de discursos tradicionalistas y religiosos que conciben al cuerpo-organismo únicamente en relación al placer y al deseo. Discursos apoyados en el paradigma judeo-cristiano, occidental, que en ocasiones han tomado lugar en las psicologías y otras disciplinas, y de los cuales el psicoanálisis vendrá a marcar cierta distancia.

De ahí las críticas al estatuto de cuerpo en psicoanálisis de Nasio en "Los gritos del cuerpo" (1996), y asimismo de Jean Laplanche en "Extravío biologizante de la sexualidad en Freud" (1999) con el fin de enterrar el "dualismo cuerpo-psique, para dar cuenta de que éste se produce en (los espacios-tiempos) de un "entre dos": el sujeto y los otros, la pulsión y la cultura […] en la base de las inscripciones psíquicas y las representaciones. (García, 2008, pág. 28)

Con ello, se abre la brecha para la concepción de la escritura, en tanto existe un espacio a ser leído e interpretado por otro. García sostiene: "Cuando nos enfrentamos al cuerpo humano, en el sentido de la humanidad de un cuerpo, lo que aparece son sus escrituras" (García, 2008, pág. 30), haciendo referencia, como es evidente, no a la dimensión comunicativa de los sujetos sino la materialidad del cuerpo como lugar en que se marcan e inscriben huellas, las mismas que, de manera significante aparecen como tatuajes, expresiones del *body art* y "todas las marcas gestuales y decorativas (peinado, pintura vestimenta, etc.) que hacen a la humanidad de un cuerpo" (García, 2008, pág. 30)

El cuerpo, en tanto construcción lingüística, se encuentra inmerso en estos juegos del lenguaje; es decir, existe cuerpo, en tanto construcción y representación del mismo en la realidad psíquica del sujeto, mas no dispuesto como objeto puramente real alejado del orden simbólico. De ahí que sea concebible como lugar desde el cual un sujeto habla, significa, da cuenta de una imagen con la que enuncia, denuncia y se pone al reconocimiento del otro de la cultura. "los cuerpos son marcados por los discursos vigentes y así adquieren ciertas significaciones, pero también que son productores: emiten signos, lenguajes y se reservan silencios" (Fiorini, 2008, pág. 17). En ese sentido, el cuerpo es también cede de lo no dicho, a través de él se ponen en manifiesto los síntomas, el dolor y el sufrimiento.

En tanto escritura, dirá Foucault que "[…] el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos" (Foucault, 2002, pág. 32). Asimismo éste está impregnado de normas morales, éticas, es decir, efectos performativos que constituyen la materialidad de los cuerpos desde los discursos de poder, a entender de García, psiquiatra, psicoanalista, miembro de la Asociación psicoanalítica de Uruguay

“materialidad que siempre aparece escrita o que se materializa en la escritura, por lo que solo tenemos noticia de ella a través de esos armados discursivos” (García, 2008, pág. 27)

Los mismos, se constituyen como parte del sujeto y de su entramado inconsciente, gracias a lo cual “el cuerpo es vivido más que pensado por los individuos en general”. (Mosquera, Finol, & García de Molero, 2010, pág. 17). Ello da lugar a una instauración de las prácticas culturales e ideológicas en que habita un sujeto y se sostiene. Dichos armados discursivos, desde la lectura derridiana de Freud “no serían un acto singular, sino la repetición de una enunciación codificada”. (Derrida, 1988 citado en García, 2008, pág. 26).

Es entonces la repetición la que da cuenta y es fundamento del aparato psíquico en tanto máquina de escritura, entendida así por Freud en su texto de 1925 “Nota sobre la pizarra mágica”, en donde el autor se vale de un artefacto que encuentra en la tienda infantil: se trata de una pizarra en cuya superficie pueden realizarse trazos, luego borrarse repetidamente y a la vez de una manera ingeniosa, conservar lo borrado. De allí que Freud en su teorización sostenga que “el aparato psíquico es ilimitadamente receptivo para percepciones siempre nuevas, y además (procura) huellas mnémicas duraderas, aunque no inalterables”. Se sirve de dicha analogía hasta el punto de dar cuenta que “lo borrado” es solamente una ilusión, puesto que dichos trazos primeros se mantendrán y, además, condicionarán los próximos.

Ahora bien, ¿qué relación guardaría el modelo psíquico freudiano con las escrituras del cuerpo en tanto fuente, referente y lugar para la escritura? Nasio, afirma en su Conferencia de “El inconsciente es la repetición” que el cuerpo solamente se consolida tal gracias a la repetición, pues éste está sometido constantemente a repeticiones biológicas, por una parte, lógicas por otra. (Nasio, 2012). Repetición de la “vivencia de satisfacción” primera que, como se sabe, el sujeto pretenderá volver a alcanzar.

Es Freud quien, desde muy temprano, ya en el Proyecto de psicología otorga una especial atención al fenómeno de la “memoria”. Para él es la “esencia” de todo el proceder psíquico y, por esta razón, menciona “cualquier teoría psicológica atendible tiene que brindar una explicación de la memoria” (Freud, 1895, pág. 343).

Memoria en tanto, presencia/ausencia de las huellas mnémicas que permanecerán inscritas con la susceptibilidad de ser alteradas por nuevos trazos. Al respecto, Pommier

(1993), en su trabajo sobre el nacimiento y renacimiento de la escritura menciona que: "cuando los movimientos espaciales y coreográficos se constituyen en trazos, más allá de la imagen visual o dramática, y permiten identificar al sujeto en esos trazos, podemos hablar de escrituras", Esto es, cuando "el trazo pierde su carácter icónico y obtiene su capacidad de significar, (entonces) pasaría de ser visto a ser leído" (Pommier, 1993, citado en García, 2008, pág. 37) esto de la mano de la investidura pulsional del otro, que es quien daría ese valor de significación.

Ahora bien, dado que la imagen en la cultura contemporánea ha llegado a tener un valor significante y primordial en el modo de establecer relaciones sociales, comunicativas y de irradiar casi todos los espacios en los que habitan los sujetos, se considera fundamental proponer una aproximación a ciertas perspectivas, por un lado psicoanalíticas, así como antropológicas acerca del estudio de los fenómenos contemporáneos. Ello haciendo énfasis en el fenómeno de "la mirada", sus implicaciones sociales y subjetivas, como producto de la exposición constante del sujeto contemporáneo en tanto imagen.

Como se hizo referencia al inicio del presente capítulo, Freud en El yo y el ello (1923) menciona que "el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie". De ahí podría sostenerse que es Freud quien ya da cuenta de la importancia de la imagen (en tanto una proyección del yo).

Prosiguiendo con la perspectiva psicoanalítica en relación a la imagen del cuerpo, en tanto sujeto que opera y se significa a través de ella, conviene tomar en cuenta la obra de Nasio "Mi cuerpo y sus imágenes" (2008), en donde el autor realiza un recorrido por las distintas perspectivas de la imagen inconsciente del cuerpo.

Al referirse a ella, Nasio sostiene: "la imagen (inconsciente del cuerpo), que no es otra cosa que la huella impresa de una sensación intensa experimentada por el bebé […] es el inconsciente mismo, los impactos psíquicos de las primeras sensaciones". (Nasio, 2008, pág. 24). Es decir, habría que entender la imagen como una marca que permanece y perdura en el Inconsciente: "es la memoria inconsciente de nuestro cuerpo infantil", (Nasio, 2008, pág. 24) a través de la cual, entre otros elementos constitutivos, el ser construirá su subjetividad[1]

[1] Las primeras huellas mnémicas son marcas, trazos grabados en el Inconsciente, mecanismo del aparato

Dicha "memoria inconsciente" será la que establezca retrospectivamente la identidad del sujeto, siendo ésta producto de un cúmulo de imágenes e identificaciones precedentes: "esas imágenes, aunque reprimidas, permanecerán vigorosamente activas a lo largo de la existencia y se exteriorizarán continuamente a través de innumerables manifestaciones espontáneas de nuestro cuerpo".

En esta línea, ligando el cuerpo y la identidad, Antonio Colom (2000) trabaja abordando lo real del cuerpo, "en un intento de transformar la identidad desde su superficie" (Antonio Colom, 2000 citado en Reisfeld, 2008, pág. 60) en lo que se conoce actualmente como el *body art*: manifiestos en donde el sujeto usa su cuerpo como "objeto de diseño y experimentación" y que, de ninguna manera éste queda exento del dolor.

Dichos planteamientos aparecen como una de las manifestaciones identitarias, puestas en juego del yo, las mismas que se caracterizan por su efervescencia, su inestabilidad y su característica de lo que Zygmunt Bauman ilustraría con el estado de "lo líquido", característica esencial de la posmodernidad: "No deseo una identidad definida y definitiva, estoy por las identidades nómadas, múltiples, móviles". (Orlan, s/f citado en Reisfeld, 2008, pág. 59)

Los sujetos contemporáneos exigen identidades ficcionales. Se trata de narrativas que tienen más relación con "lo imaginario" o que, en todo caso, rebasan los límites de la realidad establecida. Paula Sibilia, antropóloga y comunicadora, sostiene en su obra "La intimidad como espectáculo", que "en una sociedad tan espectacularizada como la nuestra, no sorprende que las fronteras siempre confusas entre lo real y lo ficcional se hayan desvanecido aún más". (Sibilia, 2008, pág. 223). Así, se exige del mundo diferentes modos de expresión apoyados en las tecnociencias posmodernas, echando por tierra los métodos tradicionales de relación del sujeto con el otro y, con ello, aparejando nuevas dificultades.

Dicha característica de la ficcionalidad vendría a formar parte constitutiva en la creación nunca acabada de las identidades que se apoyan, sobre todo, en la imagen: "Así como la escisión es condición inherente al ser humano, la identidad como tal es una ficción" (Reisfeld, 2008, pág. 59); "se ha vuelto habitual recurrir a los imaginarios

---

psíquico que Freud lo ilustra en su Nota sobre la pizarra mágica (1925). El yo, por su parte, cabe mencionar que está comprendido por una parte inconsciente, la misma que vendrá a formar parte de su identidad y su imagen.

ficcionales para tejer las narraciones de la vida cotidiana, lo cual genera una colección de relatos que confluyen en la primera persona del singular: yo. (Sibilia, 2008, pág. 223)

Con ello, los yo-cuerpo confluyen en espacios en que su modo de producción y creación se encuentra sobredeterminado socialmente, como se sostiene:

> A menudo las prácticas sobrepasan los dictámenes de los discursos, por presión de los procesos sociales, de la misma manera que los discursos pueden sobredeterminar las prácticas, produciéndose así "restos" de prácticas no "nombradas" o de discursos sin referentes directos. De allí los cambios en las representaciones del cuerpo, según las contingencias históricas y la relaciones sociales, a través de fluctuaciones diacrónicas de media y larga duración, con momentos de parcial o total fragmentación de la representación. (Mosquera, Finol, & García de Molero, 2010, pág. 18)

Una de las características actuales es la inmediatez de la pérdida de referentes en que se sustenta un sujeto. Ello podría entenderse como producto del estado no tan firme del orden de lo simbólico, como lo propone Melman en "El hombre sin gravedad", lo que tiene como consecuencia la pretensión del sujeto de gozar a cualquier precio.

Por otra parte, y como se lo trabajará más adelante, lo que los autores del título Semióticas del cuerpo proponen como la "fragmentación de la representación", se confiere que está íntimamente ligado a la pretensión cada vez más cercana de la captura del objeto-real, sin que exista mediación producida a través de las construcciones lingüísticas.

Se trata de una búsqueda de "lo realmente real o, por lo menos, algo que así lo parezca. Una de las manifestaciones de esa 'sed de veracidad' en la cultura contemporánea es el ansia por consumir chispazos de intimidad ajena" (Sibilia, 2008, pág. 221). Ante ello, cabe cuestionarse acerca de las formas desde las cuales se construyen las subjetividades, puesto que, objetivamente, no se trata de realidades concretas sostenidas en peldaños tangibles, sino más bien apariencia pura, especularidad jugada en la imagen que el sujeto muestra al mundo pese a que "se trate de versiones dramatizadas de una realidad cualquiera" (Sibilia, 2008, pág. 221)

> En los medios postradicionales de la modernidad reciente, ni la apariencia ni el porte pueden organizarse como algo dado; el cuerpo participa de manera muy directa en el principio según el cual el yo está por construir. Los regímenes corporales, que afectan

> directamente a los modelos de sensualidad, son medios fundamentales por los que la reflexividad institucional de la vida moderna se centra en el cultivo –casi podría decirse en la creación- del cuerpo (Giddens, 1995 citado en Manzanares, 2012, pág. 36)

Si se parte de que aquello inconsciente se pone de manifiesto a través del cuerpo, cabe señalar que ése es el modelo a través del cual el sujeto se relaciona con el otro. (Nasio, 2008)[2] Ahora bien, desde la concepción antropológica de Paula Sibilia, cabe cuestionar: ¿cómo ese otro actúa, mediáticamente, con el fin de llegar a "esculpir" un cuerpo a imagen y semejanza de un ideal social, ficcional, cargado de espectacularidad que solamente puede ser concebida desde lo que Sibilia trabaja como "El show del yo"? Las presentes citas dan cuenta de los orígenes y modos particulares en que el sujeto hoy por hoy constituye y mantiene la manifestación de la identidad a través del cuerpo, entendiéndolo como un espacio imaginario, social y cultural a través del cual éste se muestra.

No cabría espacio para la intimidad de los cuerpos en que se gesta una erótica que no es otra cosa que un llamamiento a la sexualidad por medio de la seducción. "El vestido es un medio de exhibición, pero se relaciona directamente con el ocultamiento/revelación por lo que respecta a las biografías personales: vincula la convención con aspectos básicos de identidad" (Giddens, 1995, citado en Manzanares, 2012, pág. 36). Pese a que el tema de la seducción se lo abordará más adelante con más precisión, es de suma importancia mencionarlo en el presente acápite puesto que ésta es un espacio de la imagen y, con ello, para la mirada. Sin seducción, solamente quedaría espacio para la materialidad pura y real del cuerpo.

En tanto imagen producida socialmente, y haciendo referencia al artículo que lleva por título "El sujeto moderno y su imagen", del autor George-Herni Melenotte, quien trabaja en torno a la posición del filósofo Guy Debord, crítico sobre la "sociedad del espectáculo", se sostiene que "la imagen gobierna, y lo hace de una manera que puede sorprender: lo hace no diciendo nada". (Melenotte, s/f). De tal manera, aparece como un eje desde el cual ejerce poder de manera performativa sobre los sujetos, y añade: "sirve como vehículo para la transmisión de órdenes. Lo que muestra que no tiene otra significación, a fin de cuentas, que la dominación. Es una modalidad contemporánea

[2] La presente referencia tendría lugar en el sujeto de las neurosis, particularmente en la histeria, pues es sobre todo en dicho posicionamiento en donde el sujeto se ofrece a la mirada del otro en busca de la seducción.

determinante del ejercicio del poder. Así, la imagen, por lo que muestra, somete". (Melenotte, s/f)

Es, por así decir, un estatuto que gobierna desde lo silencioso, pero que trae efectos consigo en tanto escrituras sociales en los cuerpos. Debord no resta importancia al aspecto dominante así como "parasitario" que tiene la imagen, pues afirma que desde el poder que se ha ido estatuyendo a lo largo de la época, ejerce dominio sobre los sujetos que fácilmente "caen" en los espacios en los que la imagen abunda, siendo ésta determinante en la vida contemporánea.

Para concluir el presente acápite, conviene tomar en cuenta referencialmente la postura de Jean Baudrillard en relación a la imagen como elemento constitutivo de la realidad. En su obra "El intercambio imposible" (2000), el filósofo y crítico francés sostiene que ésta, la imagen, no es otra cosa que un momento que se pierde en el pasado de forma irreversible. (Baudrillard, 2000), y apunta que "este carácter instantáneo es todo lo contrario a la simultaneidad en tiempo real" (Baudrillard, El intercambio imposible, 2000, pág. 143)

La inmediatez a través de la cual se pone de manifiesto la imagen, da cuenta de las cambiantes y múltiples identidades que se leen en los cuerpos y la psique de los sujetos. La imagen, afirma, es una: "operadora mágica de una desaparición de la realidad. La imagen traduce materialmente la ausencia de esta realidad que 'no es tan evidente y que solo aceptamos con tanta facilidad porque presentimos que nada es real' (Borges)" (Baudrillard, El intercambio imposible, 2000, pág. 143)

De ahí que la pretensión contemporánea aparezca de alguna manera "simulada", ficcionalizada, como sostiene Sibilia. En ese sentido, convendría relacionar el entramado inconsciente en que se produjeron las imágenes/marcas psíquicas que a manera de repetición constituyen la identidad que se pone de manifiesto a través del cuerpo. Por este, sabemos de la identidad y sus imágenes. Baudrillard es claro cuando ejerce su crítica:

> Más allá de la identidad irrisoria y compulsiva, que nunca es más que expiación, en el altar de la técnica y de las ciencias, del rechazo o de la pérdida de toda adscripción simbólica, ¿no habrá una forma distinta de destino al que no escapar? ¿La vía de una extraneidad radical, que rompa el círculo vicioso de la identidad? ¿La de una ilusión radical que rompa el círculo vicioso de la realidad? (Baudrillard, El intercambio imposible, 2000, pág. 57)

Con ello, cabe sostener la duda constante acerca de los lugares en que el sujeto sostiene la realidad en el afán de trascender los límites de cuerpo biológico, y habitar espacios virtuales, que quizá forma parte de los fenómenos en los que se asientan los discursos y la cultura contemporánea.

Tales precedentes llevan a cuestionarse acerca de los modos de interpretación del mundo actual, al mismo tiempo que el modo de accionar de sus cuerpos. Esto abre el espacio a la reflexión sobre las teorizaciones establecidas acerca de las nociones de patología, de normalidad, y de conductas expresadas a través de diversos lenguajes entre los que aparece la virtualidad como paradigma performativo, dada la era y cultura mediática, a decir de Julio Moreno, miembro de la Asociación psicoanalítica de Buenos Aires, donde la imagen y sus apariencias procuran el borramiento de las hiancias que condicionan al sujeto.

2.2 Sujeto de la anorexia

Los cuestionamientos giran en torno a problemáticas que la sociedad en ocasiones no llega a comprender el fenómeno ni en su causalidad, mucho menos en sus abordajes teórico-prácticos. La psicopatología, por decirlo de algún modo, que gira en torno a las anorexias, --puesto que conviene situar la individualidad de cada una de ellas, pese a ser un fenómeno con una gran carga social, como se verá más adelante-, está más allá de los diagnósticos médicos y nutricionales que no buscan sino prescribir dietas justas con el fin de nutrir el cuerpo decadente, cuerpo-para-la-muerte, como si se tratase de un sistema estrictamente orgánico con el que hay que trabajar para sostenerlo en la vida.

En ocasiones, las consecuencias que surgen a causa de la falta de comprensión y las implicaciones que aparecen en las problemáticas alimentarias, lleva a los sujetos a la búsqueda de respuestas fuera del área profesional, médica, psicológica, etc., puesto que estos espacios no brindan el apoyo y tratamiento que los pacientes requieren. Por ejemplo, “en México, el Instituto Nacional de Salud Pública va más lejos aún al afirmar que la Anorexia y la Bulimia son enfermedades incurables. Parece haber un abismo entre la experiencia de las anoréxicas y lo que los médicos piensan”. (Pieck, 2007, pág. 19)

Proponer a la anorexia y la bulimia como "enfermedades incurables", no hace sino anular todo espacio posible para un tratamiento de cualquier naturaleza. Es una mirada que no hace más que desahuciar al paciente, y en la cual no existe espacio alguno para un "sujeto sufriente" con el que puede sostenerse un trabajo psicoterapéutico.

El psicoanálisis, en ese sentido, ha sido un pilar fundamental en cuanto a la teorización de cómo se producen los llamados desórdenes, otorgando un espacio al manifiesto de la subjetividad que, hoy en día, se ve hasta cierto punto coartada a causa de la pretendida objetivación del mundo, donde todo debe cumplir los parámetros de un cierto cientificismo y, con ello, ser medido, cuantificado, etc.

"A partir del momento que nuestro mundo transforma al sujeto en mercancía, a partir del momento en que legitima esta transformación, está claro que a fortiori el objeto, cualquier objeto, tiene vocación de ser transformado en mercancía". (Chemama, 2008, pág. 130). Chemama hace referencia a la fase actual del capitalismo tardío en que absolutamente todo se ha convertido en objeto, objeto de consumo, lógica desde la cual pretenden sostenerse los tratamientos y las miradas sobre los sujetos vistos como objetos-mercancía, desde donde cabe cuestionarse acerca del lugar que tienen las subjetividades y el sufrimiento que implica el padecimiento de la anorexia.

En relación a lo mencionado, el sociólogo José Sánchez-Parga, crítico, argumenta que:

> La mutación antropológica en la actual sociedad de mercado consiste en que los individuos dejan de ser un cuerpo para tener un cuerpo, el cual se de-subjetiva para convertirse en objetividad alienada; deja de ser parte de la subjetividad del individuo para hacerse objeto de prácticas y discursos corporales. (Sánchez-Parga, 2012, pág. 6)

Con ello, la crisis de la subjetividad, da cuenta de las dificultades de la lectura del sufrimiento psíquico implicado en el padecimiento a través del cuerpo. Es decir, se limita la patología a un problema fisiológico y, de esta manera, se deja de lado "una escucha que intente descifrar la demanda que está en juego. Esta demanda no se agota mientras no sea reconocida, ya que no se abre la vía para que se transforme en un deseo".

La sociedad, como ente que propicia el consumo de objetos y la pretensión de poder tener todo lo que está al alcance, en tanto mercancía, gesta el modelo de lo que

acontece en la bulimia. En ella, el sujeto busca colmar su vacío a través de la ingesta compulsiva de alimento, consumir para luego desechar; movimiento constante que promovido por la sociedad capitalista-consumista: "Es sabido cuán difícil es, para el sujeto moderno, que su deseo no zozobre en las formas que organizan para él la publicidad, el machaqueo incesante que le dice lo que debe anhelar" (Chemama, 2008, pág. 131)

El tema del deseo, entendido desde el psicoanálisis, permite analizar lo que acontece en el sujeto de la anorexia, tomando en consideración que éste se encuentra inmerso en la mencionada sociedad, y atiende a sus modelos puesto que desde ella, gracias a sus entramados discursivos, se modelan las subjetividades. Es así como al "poder tenerlo todo", no cabe el espacio para que se produzca el deseo o, por otra parte, el deseo es de "Nada". Desear la "Nada" es quizá el movimiento especular en que se encuentra atrapado el sujeto de la anorexia. A través de ello puede entenderse la constante e irrefrenable tendencia hacia la muerte.

¿Cuál es el deseo en la anorexia, cómo aparece manifiesto en el sujeto? Como se mencionó, la dimensión de esta problemática está más allá de la "normatividad alimentaria", nutricional y prescrita. La anorexia se encuentra en el cuerpo, y es éste su modo de vehicularizarse y volverse presente. El cuerpo, no aparece como cosa u organismo, sino como lugar significante para la expresión del sufrimiento. Como sostiene Delgado, "las palabras hacen existir otro cuerpo que no es el orgánico sino uno sede de las pasiones y hecho no de fibras nerviosas sino de la materialidad de las palabras". De ahí que, el cuerpo "más que su nutrición, (sea lugar para la expresión de) la posibilidad de la formulación de una demanda que pugna por tomar forma y hacerse oír a través de la Anorexia". (Pieck, 2007, pág. 29)

Sin embargo, por ser un proceso silencioso el modo de operar de la pulsión de muerte, muchas veces esos "gritos del cuerpo" no alcanzan a escucharse. Ello aparece manifiesto más que en los tratamientos, en los foros, lugares compartidos por sujetos que se identifican con los discursos de quienes devienen sus pares, y ante quienes expresar su miedo u otros sentimientos no encuentran como amenazante: "el miedo de que sus deseos sean aniquilados a través de un tratamiento hospitalario". (Pieck, 2007, pág. 22)

La anorexia, por otra parte, desde una lectura de la entidad estrictamente clínica, viene a ser lo que define Cecilia Pieck, como:

> La Anorexia consiste en una alteración grave de la percepción de la propia imagen, con un temor exagerado a la obesidad. Se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno sufren además amenorrea. La pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos (Pieck, 2007)

Como se sabe, la ingesta de alimentos no hace sino referencia al sujeto en su relación íntima con quien es el objeto/alimento primero, primario y constitutivo. Si bien en psicoanálisis no se trabaja tanto desde las causalidades, conviene comprender el vínculo que gesta este rechazo al alimento, lo cual produce la disminución de la ingesta.

> Cuando se considera a los alimentos dentro de la dinamia de los dones, entonces es posible ir hasta sus profundas significaciones que van más allá de un sujeto hambriento y unas cosas denominadas alimentos. Esta posición exige mirar la comida en el campo del don y al sujeto en el de la demanda y el placer. La comida forma parte de los sistemas de intercambios culturales de los que cada sujeto forma parte desde el momento mismo del nacimiento cuando la madre alimenta a su hijo de tal manera donándose en la leche y en el seno que ella misma queda significada en el seno. Es decir, para el hijo los primeros significantes que asume son esos de madre-seno-satisfacción. (Tenorio, 2010, pág. 77)

Como se puede inferir, en las anorexias, "lo que el niño reclama en la ausencia de la madre es su alimento pero también el don de su amor" (Pieck, 2007, pág. 12). El sujeto se encuentra ligado a la madre y a los objetos primarios a través del afecto que implica el don, el don del alimento primero y consecutivo que sostendrá al sujeto en su existencia. "De ahí la íntima coalescencia de la primera vinculación con la madre y el alimento y la constitución del niño como sujeto de lenguaje". (Pieck, 2007, pág. 14)

> Lacan insiste en que la Anorexia no es un no comer sino comer nada. Nada es precisamente algo que existe en el plano simbólico al ocupar el lugar del alimento". Pero lo que también resulta interesante es el señalamiento de que el niño sustituye la exigencia de amor por la satisfacción. Como exigencia de amor sustituida la satisfacción queda erotizada. (Pieck, 2007, pág. 94)

Ante la frustración de amor, el sujeto erotiza la sensación de hambre en tanto satisfactoria, marcando así una relación particular con la madre/alimento. Como respuesta dialéctica dentro del registro de lo simbólico, aparece "la *nada* (que) evoca la madre

ausente que es la que elige el bebé frente a la omnipotencia que define cuando viene y cuando se va sin que él pueda evitarlo o controlarlo" (Pieck, 2007, pág. 96)

Como respuesta a esta dinamia, el sujeto, en tanto es la *nada* lo que media su relación con el objeto, "erige una omnipotencia propia y elige su alimento: nada" (Pieck, 2007, pág. 95). La nada como una respuesta única ante la ausencia de la madre/alimento. Ello, como lo sostiene Pieck, crea una relación dependiente de ambas partes:

> Es frecuente encontrar, especialmente en los casos de anoréxicos, una relación de dependencia mutua con la madre. 'Frente a lo que tiene delante, es decir, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él' (Pieck, 2007, pág. 98)

2.2.1 Sujeto sujetado a su malestar

> Él no se sobrestima. De pronto y para siempre, ha tenido la idea implacable de su insuficiencia. Eso corroe su bien mental último. Una semana ha bastado. Se ha vuelto extraordinariamente pequeño. La vergüenza. Eso no se grita. Eso enfría (Michaux, s/f citado en Pieck, 2007, pág. 101)

A través del presente acápite se pretende realizar una aproximación a la dinámica de lo que acontece con el vacío en la anorexia, la implicancia que ello ejerce sobre el sujeto en tanto malestar, síntoma y manifestación ante los otros. Para este efecto, se tomará como referencia la obra de Massimo Recalcati, "Clínica del vacío", desde la cual el psicoanalista trabaja las cuestiones a ser abordadas, de la mano del texto antes trabajado "Anorexia y Bulimia: la tiranía de la perfección".

A partir de la obra de Recalcati, cabe realizar una diferenciación de lo que implica la noción de "la nada" y "el vacío" en relación a la psicopatología contemporánea.

> En efecto, lo que da vida al vacío es el deseo: es el deseo el que transforma el vacío en una falta. En los nuevos síntomas –en particular en la anorexia-bulimia y en la toxicomanía- asistimos, en cambio, a la desarticulación del vínculo dialéctico entre vacío, falta y deseo. (Recalcati, 2003, pág. 13)

Lo que pone de manifiesto el sujeto de la anorexia es un vacío sin nombre. Un vacío no solamente manifiesto en el rechazo al alimento y, por tanto, a la vida. Se trataría

más bien de, a decir de Recalcati, un vacío disociado del deseo desde donde solo queda lugar para la angustia, "un vacío que ya no es manifestación de la "falta en ser", sino expresión de una dispersión del sujeto, de una inconsistencia radical del mismo, de una percepción constante de inexistencia que suscita una angustia sin nombre" (Recalcati, 2003, pág. 13)

El autor hace referencia a la Nada sartriana que no es otra que la expresión misma de la angustia del existente. "Nuestra experiencia clínica con sujetos anoréxicos confirma esta centralidad absoluta de la nada: la anorexia es una verdadera pasión por la nada" (Recalcati, 2003, pág. 20). En ese sentido, sostiene que existen dos "nadas" en la anorexia; por una parte, "aparece como asociada al rechazo o, si se prefiere, como la traducción en acto de la nada. El rechazo anoréxico es, efectivamente, el acto que hace que surja la nada como objeto separador" (Recalcati, 2003, pág. 23). Por otra parte, está "la nada no como aquello que permite ser, no como protección de la falta, como defensa del deseo, sino como pura aniquilación de sí", (Recalcati, 2003, pág. 26), es decir como manifestación absoluta de la muerte.

Cabría, por otra parte, la propuesta de una aproximación a la sujeción a su malestar de quien padece anorexia. Hoy en día se encuentra clasificado el padecimiento como un espectro que está muy cercano al de las adicciones. Pieck sostiene que la propuesta surge a partir de cierto modo en que procede el sujeto de la anorexia con su restricción, poniendo énfasis en sus "recaídas", así como la tendencia gozoza a la repetición sin límite, es decir, el no poder evitar salir del círculo en que actúa.

De la mano de ello se encuentra la impulsividad que es leída como un factor que aparece también en las adicciones, y ante lo cual el sujeto no puede escapar. Aparece así, lo que Recalcati rescata como una "pasión por la boca (que) aparece en primer plano en la experiencia anoréxico-bulímica. Por el lado de la anorexia, la experiencia de la boca es la de privación: la boca anoréxica es una boca que parece privarse del goce" (Recalcati, 2003, pág. 73) De ahí que Jacques Maitre, mencionado por la Cecilia Pieck, proponga el nombre de inedia en lugar de Anorexia, ya que "no se trata de una falta de apetito sino de una resolución de no comer". (Pieck, 2007, pág. 12)

2.3 Estética del cuerpo en la anorexia

"La belleza es rezagada. No es un brillo momentáneo, sino que alumbra en silencio, y a través de rodeos. A la belleza no se la encuentra en un contacto inmediato. Más bien acontece como reencuentro y reconocimiento"

Como se mencionó previamente al dar inicio al presente capítulo, la imagen, en el mundo contemporáneo guarda fundamental importancia en tanto es escenario social, simbólico en que el sujeto se expresa y pone de manifiesto. Pese a que el factor social no sea precisamente el desencadenante en fenómenos como la anorexia, sí puede incidir de cierta forma propiciatoria. A través del internet se pueden observar ciertos foros, páginas dedicadas al mundo de la moda, que socialmente contribuyen a la creación de un modelo estético definido de lo cual es blanco sensible quienes padecen del desorden de la anorexia, así como de otras patologías en que tiene dominancia o valor significante la imagen del cuerpo.

Se entiende la imagen, por una parte, en tanto individual, subjetiva, como lo sostiene Nasio; por otra, como un elemento social y discursivo que plantea una o más concepciones de lo que se traduce como "bello" y su contrario, lo desagradable a la vista, lo no estético. En esa línea cabe tomar en consideración la imagen que se pone de manifiesto en la anorexia. Se trata de una imagen social que pretenderá seguir cierto patrón establecido previamente en un entramado socio-cultural, el mismo que responde a una época, cultura y sociedad determinada.

> Por un lado está la presión cultural que propone como ideal del cuerpo 1a delgadez. Tanto en hombres como en mujeres, la delgadez se asocia en la actualidad con la juventud y con la moda. Pero además se asocia de manera muy importante con un ideal de perfección y de fuerza (Pieck, 2007, pág. 26)

La imagen, en tanto fenómeno de grupos, crea la ilusión de pertenencia y desde allí sostiene la identidad. "Lo que es bello es siempre algo que nos es representado" (Chemama, 2008, pág. 133) Por ello, "la imagen del cuerpo no sólo da cuenta de un ideal corporal sino del asiento mismo del yo, con todos los atributos que se asigne quien mira fascinado la imagen de un semejante" (Pieck, 2007, pág. 85)

De esta forma, lo bello pasa por los dictámenes sociales para constituirse parte activa del sujeto, mucho más en la cultura contemporánea en que, a decir de Sibilia, se asiste al "show del yo", en que todo debe sustentarse a través del espectáculo. Al respecto, Gilles Lipovetsky, filósofo francés y estudioso de los fenómenos que forman parte de esta nueva época, afirma que "la moda se halla al mando de nuestras sociedades; en menos de medio siglo la seducción y lo efímero han llegado a convertirse en los principios organizativos de la vida colectiva moderna". (Lipovetsky, 1990, pág. 13)

> Para distinguir si una cosa es o no bella, -escribe Kant-, no remitimos la representación al objeto por intermedio del entendimiento con miras a un conocimiento, sino que la remitimos por intermedio de la imaginación (tal vez asociada al entendimiento) al sujeto y al sentimiento del placer y de la pena que éste experimenta. (Chemama, 2008, pág. 133)

Chemama retoma esta cita de Kant, con el fin de hacer referencia a "que una representación es bella no remite a alguna naturaleza oculta del objeto, eso se decide en el nivel de lo que concierne al sujeto y más precisamente el sentimiento del placer o de la pena que éste experimenta" (Chemama, 2008, pág. 133). Es decir, lo bello hace función desde el lugar del sujeto, en tanto produce algo en él, sea esto placentero o displacentero.

De ahí que exista la tendencia cada vez más influyente del modelamiento de los cuerpos con el fin de borrar el paso de los años o de situar marcas que sostienen la identidad. "En el mundo contemporáneo los cuerpos pasan a primer plano a través del afán de belleza, perfección e inmortalidad" (Fiorini, 2008, pág. 13)

Al respecto, cabe tomar en cuenta de qué manera se manifiesta y las implicaciones que tiene en el desorden de la anorexia. Al respecto, Pieck sostiene que en estas pacientes "se exacerba la importancia de la mirada sobre el cuerpo propio y la comparación con el de las otras mujeres. La necesidad de una mirada aprobatoria, lleva a la persona a una enorme dependencia del juicio del otro" (Pieck, 2007, pág. 15)

La mirada cumple un papel fundamental en la anorexia, puesto que el sujeto no quiere ser visto porque ello implicaría de alguna manera un "mostrar-se" al otro y al hecho de que el otro lo mire y lo reconozca. Jean Paul Sartre, figura notable del existencialismo, en una de sus obras cumbre "El ser y la nada" sostiene "en cada instante el prójimo me mira"[3] (Sartre, 1993, pág. 337). De ahí da cuenta del poder que tiene la mirada sobre un

[3] Se recomienda la aproximación a la obra "El animal que estoy si(gui)endo" del filósofo franco-argelino

sujeto, así como sobre un objeto punto de vista en que se pueden encontrar ciertas similitudes entre la filosofía existencialista y el psicoanálisis.

Si bien el afán del presente acápite no radica en la profundización acerca de la mirada, conviene tomar en consideración la presente cita que ilustra a cabalidad el poder de una mirada:

> Y miró Jehová con agrado a Abel y a su ofrenda, pero no miró con agrado a Caín y a la ofrenda suya". Una sola mirada, como acto de significación, pudo desencadenar tal violencia semiótica que provocó el primer asesinato: Al mirar, Dios expresó preferencia y estableció otra distinción, ya no sólo entre los cielos y la tierra o entre varón y varona, sino entre dos hermanos. El poder de una mirada, de una palabra, de un grito o de una imagen no está, sin embargo, en la mirada, la palabra o el grito en sí mismos; tampoco sólo en quien los enuncia, sino en quien los interpreta y reconoce como tales (incluyendo al enunciante) al significar el grito, la mirada o la palabra como efectos de poder. (Mosquera, Finol, & García de Molero, 2010, pág. 48)

Jacques Derrida para una profundización en los estudios sobre la mirada.

2.3.1 De la seducción y su ausencia

> Y mientras ansía apaciguar la sed, otra sed se ha brotado; mientras bebe, cautivado por la imagen de la belleza que está viendo, ama una esperanza sin cuerpo; cree que es cuerpo lo que es agua. Se extasía ante sí mismo y permanece inmóvil y con el semblante inalterable, como una estatua tallada en mármol de Paros [!] Se desea a sí mismo sin saberlo, gusta el mismo a quien gusta, al solicitar es solicitado, y a la vez que enciende arde. (Ovidio, 1998 citado en Manzanares, 2012, pág. 28)

"Inicialmente, casi un juego de palabras: nos dicen que todo funciona con la producción, ¿y si todo funcionara con la seducción?" (Baudrillard, 2000, citado en Tenorio, 2010, pág. 86). Baudrillard no hace sino cuestionar el modelo contemporáneo del llamado capitalismo tardío en donde incluso el sujeto viene a formar parte de los objetos desechables, intercambiables y consumibles. Se trata de una apuesta por aquello que rebasa los límites de la realidad y de lo real, como apunta en su obra "Cultura y Simulacro" ya todo es hiperreal y, por tanto, simulación.

De ahí que Baudrillard sostiene que "lo sexual, en nuestra cultura, ha triunfado sobre la seducción, y se le ha anexionado como subalterna. Pues en el orden simbólico, la seducción es lo que está primero, y el sexo no se da más que por añadidura" (Baudrillard, 1989, pág. 45), Como sigue, Baudrillard propone la ausencia de la seducción como el modelo que rige hoy a la cultura: una cultura de lo real del cuerpo, vaciado al límite de todo universo simbólico en que se producen los juegos del lenguaje y del deseo.

En estricto sentido, cabe preguntarse si no es ese el lugar en donde se sitúa el sujeto de la anorexia, puesto que "la lógica de la seducción no es la de la cosa sino aquella que se crea desde el deseo y desde la promesa". (Tenorio, 2010, pág. 87). ¿En qué pilares se sostiene el deseo de la paciente que padece anorexia si su deseo apunta más bien al vacío, a la muerte?

> Al comienzo de todo proceso de identidad se encuentra la seducción, puesto que la identidad no es otra cosa que el efecto de las representaciones que se construyen ante la mirada de los otros. De esta manera se rompe la indiferencia de ese otro que, si no fuese por la seducción, si no cambiase la ruta de su mirada para orientarla hacia el otro, permanecería como ser desconocido o ajeno. (Tenorio, 2010, pág. 88)

Un fenómeno que aparece como causa o consecuencia en la anorexia es la cierta búsqueda de un ideal que está más allá de lo social, lo "bello" o estéticamente bien visto: "lo que parece significar la disminución del peso en muchos casos, es la búsqueda de la pureza a través de la purificación del cuerpo" (Manzanares, 2012, pág. 125)

Dicha "purificación" que sostienen pacientes, es la lectura medieval de la anorexia. Los antiguos sobre todo santos, practicaban el ayuno con el fin de sanarse y santificarse. De ahí que el deseo, la sexualidad y, por ende, la erótica, estén fuera de todo intento de purificación. La erótica, el aparecer con un cuerpo, no es lo ideal. Sin embargo, La erótica no representa una forma circunstancial sino un estado necesario, una suerte de condición de la existencia. (Tenorio, 2010, pág. 85)

El cuerpo que es para la muerte ha sido vaciado de erótica, puesto que sus rutas han sido anuladas. Allí no queda el espacio para el Eros y la ritualística del deseo queda algo mucho más precario: "a la mirada sobre la propia imagen, siempre la acompaña una fantasía y su contraparte, la angustia". (Recalcati, 2003, pág. 124)

3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS

3.1. Metodología

El presente capítulo, se lo realiza en base a una entrevista a la Directora de la Clínica NOOS, la Psicóloga Clínica Cristina Castillo, así como al Psicólogo Clínico Gonzalo Rodríguez, que trabaja en dicha institución. A ellos se les realiza una entrevista semiestructurada, a partir de la cual se indagó acerca de algunos de los fenómenos en pacientes con anorexia de los que ellos pudieron dar cuenta gracias a su labor y experiencia clínica.

Se trata de cuestionamientos que, desde el marco referencial del psicoanálisis, se aproximan a la problemática desde el abordaje de la clínica psicoanalítica, sin dejar de lado referencias de orden social que son parte del proceso psicoterapéutico, así como referencias generales que se sustentan en sus prácticas desde algunos años atrás.

Cabe recalcar, que las presentes entrevistas en torno a una paciente de cada terapeuta, se las realiza debido a la dificultad que representó tener acceso al abordaje con las pacientes per se, puesto que, al ser tratamientos más bien de tipo ambulatorio, no se encontraron pacientes con el desorden de la anorexia al momento de realizar el presente estudio. En base a esa motivación se trabajó con los psicólogos de la Institución, los mismos que han abordado esta temática durante algunos años. Así también, el periodo en que se realizaron las entrevistas fue durante el mes de octubre/noviembre de 2016.

a) Técnicas

Para la parte teórica de la investigación se realizarán investigaciones bibliográficas, textos en línea con el psicoanálisis y la filosofía de la posmodernidad. En lo que respecta a las aproximaciones prácticas de la disertación se trabajará desde la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los psicólogos clínicos, con el fin de abordar distintos puntos focalizados de la problemática que se trabaja en el presente trabajo.

b) Universo o muestra

Los sujetos que formarán parte de la investigación serán dos psicólogos clínicos quienes, en pleno ejercicio de su profesión, laboran en la Clínica NOOS abordando el desorden de la anorexia.

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA Y TÉCNICAS
La pulsión de muerte incide en la construcción del cuerpo del sujeto de la anorexia.	INDEPENDIENTE: La pulsión de muerte.	Evidencias de las manifestaciones de la pulsión de muerte: 1.- Discurso de dar muerte al cuerpo. 2.- Goce sujeto al síntoma-acto de repetición. 3.- Paradoja de la consumación pulsional otorgada desde la restricción en el afecto/alimento.	Entrevista semiestructurada
	DEPENDIENTE: La construcción del cuerpo en el sujeto de la anorexia.	1.- Dar cuenta de la construcción social y subjetiva del cuerpo. Se dará cuenta a partir del discurso de los psicólogos clínicos tomando como referencia el trabajo clínico con sus pacientes.	Entrevista semiestructurada
		2.- Percepción alterada de la realidad en torno a su yo-cuerpo a través de la dismorfia. Discurso de los psicólogos en torno a pacientes con el desorden de la anorexia	Entrevista semiestructurada
		3.- Ideal estético femenino sostenido en la ausencia de "seducción" por irrupción del deseo de muerte. Discurso de los psicólogos clínicos en referencia a los modelos estéticos de la feminidad, sexualidad y seducción desde la particularidad del caso por caso.	Entrevista semiestructurada

Figura No. 1: Tabla metodológica

Elaborada por: Alejandro Mera en diciembre de 2016.

3.2 Análisis de las entrevistas realizadas a la Directora de la Clínica NOOS y al Psicólogo Clínico de la Clínica NOOS

A través del presente acápite, se pretende dar cuenta de la parte aplicada del presente trabajo. Conviene recalcar que se realizará un análisis de algunos puntos que se han considerado fundamentales en relación a lo revisado en los capítulos que anteceden. En esta sección no se encontrará la transcripción de todas las entrevistas, las mismas que podrán ser revisadas a cabalidad en los ANEXOS.

1.- ¿Cuál es la demanda con que llegó su paciente a la Clínica?

> Más bien era una demanda compartida entre su madre, quien es la que se da cuenta de esta cuestión muy restrictiva en cuanto a su alimentación y la impresión que le costaba el deterioro físico que ella tuvo. A la par, una persona con la que ella trabajaba, que entre ambas personas que coordinan la visita a la institución. Entonces la demanda viene más bien de su madre y es la persona que escucha a esta madre, su angustia por ver la situación alimenticia y sobre todo el desgaste físico en cuanto a la imagen de la paciente.

El psicólogo Gonzalo Rodríguez da cuenta no hace sino dar cuenta de la dificultad que tiene la paciente con anorexia por asumir su desorden, lo cual lleva a no poner de manifiesto una demanda propia. Son, por lo general, sostiene, los familiares aquellos que se percatan que algo no anda y entonces solicitan atención médica, psicológica, nutricional. Ello, en ocasiones, implica dificultades puesto que llegan las pacientes en estados de deterioro avanzado, lo cual implica una mayor gravedad para afrontar el cuadro desde las distintas perspectivas de tratamiento.

> Como decía yo, viene traída un poco, viene a regañadientes digamos no, viene limitándose, viene frenándose, pero accede a seguir por la presión de su madre y su padre a una evaluación que llamamos en esta institución. Y bueno, de todas maneras, si bien se muestra resistente a hablar de lo que le pasa. Yo percibía que ella tenía mucho la fantasía que al llegar a esta institución le iba a quitar su desorden o sea le iba a quitar su síntoma, por decirlo así. Entonces lo que más le asustaba a ella era esa parte. Sentir que iba a un lugar donde se le iba a quitar ese hábito, esa dinámica, esa forma que ella había encontrado para vivir, en cuanto a su alimentación y su cuerpo. Sin embargo, cuando se le mención a ella y se trabaja con ella el tema de que no es una cuestión que se le va a quitar esto. Al menos de la noche a la mañana, pero sin embargo había que hacerle frente. O sea, pero que tenía que trabajar directamente sobre el síntoma. Es decir, con cuestiones de soportes alimenticios, un asesoramiento nutricional. Se le planteó también que esto era progresivo y en la medida en que ella lo vaya decidiendo y le sea fácil.

Los gritos mudos que se producen en la anorexia, dan cuenta de que el sujeto teme salir del estado en que se encuentra. Ello aparece fundamentalmente como una resistencia al proceso que es una de las primeras temáticas a ser trabajadas en psicoterapia, junto con la elaboración de la propia demanda. La autora Cecilia Pieck, sostiene que es un grito que "no acaba de escucharse, como se puede inferir de los prácticamente gritos de ayuda que algunos miembros de estos foros lanzan al haber llegado demasiado lejos. Han perdido la brújula y tienen miedo. Pero mayor es el miedo de que sus deseos sean aniquilados a través de un tratamiento hospitalario". (Pieck, 2007, pág. 22)

CRISTINA:

> En general, la mayoría de los pacientes no vienen por demanda propia, finalmente lo trae algún un familiar. Entonces nosotros lo que tenemos que trabajar es justamente la demanda. En primer lugar, lo que hay q trabajar es la aceptación, de la enfermedad, que es un reconocimiento de lo que le está sucediendo. Y después empezamos a trabajar en la demanda y eso puede llevar la mitad del tratamiento.
> Entonces acá lo que vemos, por ejemplo, en esta paciente que yo te estaba mencionando, ella viene por demandas de un hermano y los papas. Ella había tenido, bastante tiempo, como dos o tres años, ella es una chica de más de 20 años y no de acá de la ciudad sino de otra ciudad del Ecuador.

Podría sostenerse el hecho de que el paciente no se sepa o considere enfermo, a tal punto de no llegar a buscar salir de su estado de repetición de actos que consolida su tendencia a la muerte. Cuando la pulsión de muerte prima por sobre la pulsión de vida, la necesidad de la intervención de otro (madre, padre, familiar) es primordial. El otro sostiene al sujeto desde que éste nace, el sujeto de la anorexia es un sujeto de la precariedad significante que, por tanto, no llega al espacio terapéutico a formular una demanda.

> Indudablemente esta niña presentaba un índice de masa corporal inferior a 15. Por lo tanto, se decidió hacer una internación de forma inmediata. Por ejemplo, nosotros hacemos tratamiento ambulatorio, pero siempre y cuando haya, no sobrepase el límite inferior del índice de masa corporal. De lo contrario hay que hacer internación, entonces nosotros no hacemos internación. Entonces trabajamos alrededor, de acuerdo a criterios de la organización mundial de la salud. A partir, mejor dicho, menos de un índice de 15, hay que hacer internación. Entonces esta chica tenía menos de 15.
> Inclusive a ella hubo que alimentarla con sonda, porque también el proceso de realimentación es sumamente delicado. Porque tampoco se puede realimentar el cuerpo, porque su organismo está adaptado a un estado de restricción. Entonces tanto el corazón, como todos sus órganos principales, actúan a un ritmo de, como que se iban adaptando a esa ingesta, a hacer circular. Entonces cuando se inicia la realimentación, también debe ser sumamente cuidadosa y controlada por un médico especialista, no cualquier médico.

La autora Cecilia Pieck, sostiene que

> “este riesgo de muerte, por suicidio o por falta de alimentación puede llegar a ser alto. Muchas veces se hace necesario un seguimiento terapéutico durante las 24 horas, y se debe tener en cuenta que este riesgo puede aparecer cuando la paciente, aparentemente mejorada, sale de la internación con un peso normal” (Pieck, 2007, pág. 16)

Con ello da cuenta de que el riesgo está presente incluso habiendo una internación a través de la cual la paciente es regulada el peso. Por otra parte, cabe cuestionarse acerca de la dificultad del trabajo terapéutico interdisciplinario en los casos de internación, tomando en cuenta que el marco en que trabaja la Clínica NOOS es fundamentalmente ambulatorio.

> Desde el punto de vista psicológico, yo tengo que ir sumamente despacio, porque el paciente no está preparado psicológicamente para la ingesta, ni para aceptar cualquier modificación en el sistema corporal, en lo que va sintiendo. Son pacientes que tienen una alta dismorfia corporal. Pero ahí muchas veces tengo que trabajar rápido por eso a veces las frecuencias tienen ser más seguidas, para que el paciente pueda tolerar la realimentación.
> Lo importante primero de todo es sacar al paciente del viejo médico. Entonces ahí a veces tenemos que recurrir a lo que podemos y a lo que tenemos y que a veces no es mucho. Porque paralelamente tenemos que trabajar con la familia, porque la familia a veces puede ser un elemento disruptor y otras veces puede ser un buen elemento. Entonces tenemos que ir viendo muchos variables intervinientes, para poder trabajar en conjunto y estar en lo mismo.
>
> Como sostiene la psicóloga, el paciente no está preparado para acoger el alimento que rechaza. El trabajo interdisciplinario fundamental, así como lo es el trabajo con las figuras parentales de la paciente pues, a saber, el rechazo y la erotización de la sensación de hambre, tienen íntima relación con los modelos parentales introyectados, como se mencionó a lo largo del segundo capítulo de la disertación. De ahí la consecuente preocupación por el trabajo con padre, madre o hermanos/as si los hubiere.
> Generalmente las pacientes con anorexia, hacen un reconocimiento cuando su cuerpo, ellos ponen el cuerpo a un dolor y un sufrimiento extremo. Porque tienen hambre, no sé, ganas de comer. Hace que se cierre todo deseo por comer y hasta por vivir. Hay gente que llega a un punto que ya no tiene deseos de vivir. Porque están tan inmersos en no comer, que a veces, son conscientes que no están comiendo. Son conscientes de su delgadez, pero no pueden hacer otra cosa, es como que están atrapados en esto. Entonces esta niña empezó, la parte psicológica más que nada, empezó el trabajo justamente a través de eso, de su propio sufrimiento, de su propio dolor. Entonces es como que ese dolor y su propio sufrimiento es la llave para poder moverle.

En estricto sentido, el trabajo con la paciente que padece anorexia, solamente podrá ser trabajado desde su único y exclusivo dolor y sufrimiento. Pieck asegura que "el síntoma sólo se constituye como tal cuando el sujeto se da cuenta de él; es decir, cuando puede ver lo que le sucede como un enigma". (Pieck, 2007, pág. 168)

Dicho enigma es la base para el cuestionamiento por su subjetividad y, por ende, de su padecer. Es allí en donde se ubica el *pathos*, la patología, y la vía de intervención es justamente el que el paciente acceda a "ser escuchado", su voz, su cuerpo, pues como

menciona el Psicólogo Gonzalo Rodríguez, el cuerpo de la anorexia "es un cuerpo que habla".

> Hay unas pacientes que vienen ya con un poquito más de estructura y quieren salir. El problema es ese, quieren salir, pero no quieren subir de peso. Otras personas saben que van a subir de peso, pero tienen pánico. O tienen la mejor disposición del mundo, pero al momento de alimentarse, no pueden hacerlo, se resisten. Tienen un montón de mecanismos sumamente rígidos.
> En esta paciente a través del dolor, a través de lo que estaba sintiendo. Le pusieron una sonda por la nariz. Estuvo internada cuatro semanas, y después cuando salió seguía con la realimentación. Entonces con una negación a comer, en ese momento el discurso de la paciente era sumamente pobre.
> Lo que me decía esta, con más claridad, es la mayoría de las veces, es el conflicto con la madre. Porque la madre es la representación de la comida, del alimento, dela nutrición. Entonces generalmente las madres lo quieren es que sus hijas coman, entonces se genera un conflicto, pero que está originado evidentemente en su historia.

Ella destaca adecuadamente la importancia del vínculo con la madre en los trastornos alimenticios, ya que es la que alimenta al niño y lo introduce en el universo simbólico, primero a través de los procesos de apuntalamiento en las funciones vitales y después a través del lenguaje. (Pieck, 2007, pág. 14)

> La Anorexia involucra muchos más elementos que la privación del alimento, aun cuando la gravedad de la Anorexia se ponga en evidencia por las consecuencias de esa privación, es decir, por la pérdida de peso y la desnutrición extrema. (Pieck, 2007, pág. 26)

Este riesgo de muerte, por suicidio o por falta de alimentación puede llegar a ser alto. Muchas veces se hace necesario un seguimiento terapéutico durante las 24 horas, y se debe tener en cuenta que este riesgo puede aparecer cuando la paciente, aparentemente mejorada, sale de la internación con un peso normal (Pieck, 2007, pág. 15)

2.- Comprendiendo la anorexia como un desorden, ¿a qué causas socio-culturales y familiares responden en esta paciente?

> A ver, en esta paciente, creo que el tema de la dinámica familiar es crucial, como para ir después leyendo lo que sucede. Tiene una estructura familiar, en términos técnicos. Está conformada una madre, un padre, la paciente que es la hermana mayor de dos hermanas y su hermana menor que le lleva dos o tres años de diferencia. Lo que me llamó la atención mucho a nivel familiar en este caso, es el tema de que la madre era muy absorbente, muy demandante con ambas. A ratos parecía que la familia eran únicamente las tres mujeres. Y el padre era bastante periférico, bastante distante de las interacciones con las hijas. Era ni siquiera un padre proveedor, era un padre alcohólico, que un poco le costaba mucho hacerse

> cargo de su propio deseo, de su propia vida. Y le costaba mucho consolidar una familia, la madre de esta familia a veces parecía la madre de todos. Entonces era como un matriarcado muy potente.

Teóricamente, como se menciona en el segundo capítulo del presente trabajo, la relación conflictiva con la madre y la ausencia paterna en tanto física o simbólica crea una conflictividad que pone en entredicho el lugar desde el cual se sitúa la paciente. Pieck sostiene que "también se debe tener en cuenta la intervención del padre, ya que su mirada es necesaria para que la niña se conciba como mujer y como atractiva". (Pieck, 2007, pág. 15). Como se sostuvo, la implicancia de la mirada en el fenómeno de la anorexia es crucial.

> Entonces creo esa dinámica es mucho lo que define, en este caso en particular había algo muy llamativo, muy especial, muy específico que era la relación entre las dos hermanas. La hermana de esta paciente también tenía, por decirlo así una cuestión bastante depresiva con muchas cuestiones de acting out, con muchas cuestiones así de cortes, de tomar pastillas, con muchas cuestiones así. Y a lo largo del trabajo que yo pude hacer con esta paciente, me llamaba la atención que era como que se armaba una especie de competencia por la atención de la madre. De esta madre que ya no sabía qué hacer con sus dos hijas, había una rivalidad importantísima entre ambas hermanas. Y yo diría que esa rivalidad por la madre es un poco la que definió el caso.

La paciente se encontraba en una constante lucha por el reconocimiento de la madre. Su síntoma, su padecimiento aparecía como dicha manifestación. Por otra parte, su hermana daba cuenta también de comportamientos que dan cuenta de la rivalidad, procurando ambas el amor materno como única manifestación de afecto posible ante la ausencia de la figura paterna. Ligado a ello, es dable inferir que "la madre omnipotente pasa a depender del niño, en la medida en que ella desea hacerlo vivir y él se niega a comer otra cosa que no sea nada. La madre, por su deseo, depende de su hijo" (Pieck, 2007, pág. 96).

"La fusión, la confusión entre madre e hija corre a veces por el hilo de la fantasía de un hombre todo protector, que solucionaría el desamparo relacionado con la omnipotencia" (Pieck, 2007, pág. 190). La ausencia de la figura paterna ligado al rol absorbente que tiene la madre genera una dificultad en la asunción de las identificaciones, ello, "son factores que condicionan una mayor predisposición en las niñas a contraer trastornos alimentarios, ya que su necesaria identificación con la madre puede ser conflictiva". (Pieck, 2007, pág. 15)

Existen grandes dificultades en el trabajo en pacientes con anorexia que, en ocasiones, no es concebible un trabajo individual solamente. La paciente, por su estrecha relación con la madre y, en este caso, con su hermana, da cuenta de la necesareidad de un trabajo conjunto: "El trabajo con la madre y la hija tal vez deba pensarse como una estructura compartida; pues es posible que haya una relación complementaria o paralela que pueda aparecer en la fantasía y en los actos de la anoréxica y la narración que la madre pueda hacer de su propia vida". (Pieck, 2007, pág. 159)

> Socioculturalmente como me preguntabas, creo que como la mayoría y ahí si generalizo un poco de casos de anorexia que yo he tenido la oportunidad de trabajar tienen este gatillo, de estos ideales de imagen con la mujer actual ideal, que es un poco esta modelo: alta, flaca, delgada, rubia. Y que si bien fue un factor que a ella le gatillo esta cuestión. Digamos le impulsó para su restricción con el alimento, ¿pienso que si fue un tema que jugó no? O sea, no es lo que define el caso, pero si es un tema que de alguna manera da molde y propicia.

Con el boom del año 2000, aproximadamente, nace toda una tendencia organizadora de la imagen que estatuye un modelo determinado del cuerpo que socialmente está bien visto. Ello, como sugiere el psicólogo, si bien no es un tema desencadenante la mayoría de las veces, guarda estrecha relación con la manifestación de la anorexia.

> Por un lado está la presión cultural que propone como ideal del cuerpo 1a delgadez. Tanto en hombres como en mujeres, la delgadez se asocia en la actualidad con la juventud y con la moda. Pero además se asocia de manera muy-importante con un ideal de perfección y de fuerza, ambos muy presentes como tema en los foros de internet mencionados. (Pieck, 2007, pág. 26)

CRISTINA:

> El tema social, sociocultural puede ser un desencadenante. Por ejemplo, las modas, el asociar el éxito a la delgadez. Generalmente son chicas que tienen afectada la autoestima, son sumamente inteligente y tienen una buena producción intelectual. Pero a la larga esto también va a tener sus consecuencias, especialmente cuando lleva años de restricción. Entonces ahí podemos hablar de desencadenantes, de influencias. Hay toda una serie de elementos, que están asociados a la persona, pero todo está puesto en la delgadez. Si yo soy delgada voy a ser más atractiva, me van a querer más. En definitiva, vamos viendo como la búsqueda de aceptación gira alrededor del cuerpo y el cuerpo delgado, que para ellos es un cuerpo lindo. Ahí hay muchas cosas, muchos tipos de diferencias, como manejan el cuerpo.

Al indagar sobre las condiciones de posibilidad para desarrollar Anorexia y Bulimia, Pieck considera que "los factores de índole social como la moda, la presión de los padres, el ideal de delgadez como perfección, son situaciones propiciatorias, aunque considera que en cada caso existe una condición particular que permite la aparición de la enfermedad". (Pieck, 2007, pág. 13)[4]

> Vemos que, en ciertos cuadros de anorexia, el cuerpo tiene una apariencia femenina, se busca el cuerpo bello, lindo. Una paciente, por ejemplo, de que ella se vestía espectacular, se maquillaba, vos le veías súper delgada, flaca, pero muy bien vestida, súper atractiva. Pero vos ves aparentemente un cuerpo erótico, pero cuando vos empiezas a verlos, te das cuenta que no hay nada erótico. No es un cuerpo sexualizado, es un cuerpo objetivado, es un objeto para mostrar. Pero no tiene, no es un cuerpo sexual, porque la paciente no ha llegado a una evolución psicosexual, dentro de su sexualidad, está atrapada en un vínculo dual.
> Entonces hay otras, sin embargo, que el cuerpo a pesar de que ha logrado la delgadez, es un cuerpo oculto, un cuerpo que se esconde, se esconde con ropa. A veces dos o tres abrigos, dos o tres pantalones, no se muestra el cuerpo. Y la paciente en este caso suele estar en estados depresivos fuertes.
> Ella como estuvo internada, no tenía mucha manifestación física de su cuerpo. Pero ella era más de la característica esta depresiva y de ocultamiento del cuerpo.
> Por ejemplo, la que maneja el cuerpo, que tiene la capacidad como de exhibirlo y se siente bien con su propio cuerpo, entre comillas. En general no hay depresión o es una depresión oculta. En cambio, en estas otras chicas, la depresión se manifiesta. A veces también, la depresión puede estar asociada justamente a la restricción alimentaria, no está recibiendo los nutrientes necesarios, para tener los neurotransmisores adecuados. Para mantener su estado anímico. Y otras veces la depresión está asociada justamente al dolor que siento, al sufrimiento que está teniendo. Porque tiene conciencia, de lo que ella sufre, por la delgadez de su cuerpo. Y esta cosa contradictoria, de tener conciencia de lo que está haciendo con su cuerpo y estar encerrada en eso y no poder salir. O los intentos frustrados por salir y no poder y estar atrapada.
> Entonces esta chica estuvo internada, después salió. Una vez que recuperó el peso mínimo, indispensable, salió en ambulatorio. Pero también la familia tenía problemas económicos, se les hacía difícil, entonces estuvo poco tiempo en ambulatorio. Si hubiera tenido más tiempo, hubiera podido trabajar un poco más el tema de la aceptación. Después salió con bastante trabajo, con tratamiento médico, pero a distancia.

Son varias las dificultades que aparecen al momento de diagnosticar una comorbilidad cuando existe un fenómeno como la anorexia, puesto que puede traer consigo un sinnúmero de síntomas cuya causalidad a ciencia cierta se desconoce. Se sostiene que

[4] Cecilia Pieck, la autora del trabajo "Anorexia y Bulimia: la tiranía de la perfección" hace referencia a la noción de "enfermedad" puesto que sus investigaciones se encuentran establecidas a través del modelo médico de los hospitales de México en que fueron realizadas. Sin embargo, cabe recalcar que en psicoanálisis el desorden es trabajado como síntoma multicausal y desde la particularidad de cada sujeto.

“es difícil distinguir la depresión de la Anorexia, observa Remschmidt, porque también ésta presenta humor depresivo y comportamiento obsesivo. Hay que distinguir si la Anorexia forma parte de un síntoma del desarrollo de una esquizofrenia o de una depresión” (Pieck, 2007, pág. 38)

> En la Anorexia, por lo tanto, los impulsos implican un riesgo grave de suicidio cuando se llega a un estado melancólico. No obstante, es importante mencionar que lo que buscan los anoréxicos no es morir, sino tener el control de sus propias vidas y definir su identidad. (Pieck, 2007, pág. 180)

Sin embargo, cabe anotar que “el sujeto depresivo, en efecto, tiene una relación bastante específica con la pérdida. Lejos de concebirla como parcial […] la convierte en un sacrificio total” (Chemama, 2008, pág. 140).

3.- ¿Usted ha realizado alguna prueba proyectiva a través de la cual la paciente ha dado cuenta de fenómenos inconscientes?

> Lo único que yo he tomado es la figura humana. Suelo tomar a veces el tema de la familia siendo algo, esto básicamente solo lo tomo como una forma de ver los vínculos. A veces tomo el HTP pero adaptado a lo que yo estoy buscando, por ejemplo lo que se ve mucho en ese dibujo es el tema de la oralidad
> Yo tomo dos, uno en donde trabajo y veo la dismorfia, el nivel de dismorfia. Porque la consigna es, que se dibuje a sí misma, como se ve o se imagina que es. Entones a mí me ayuda, me sirve para trabajar, eso que yo no puedo preguntar. Y cuando tomo el HTP es para observar la figura humana.
> Entonces a veces yo puedo trabajar este primero con el del HTP y a veces sale lo opuesto. Entonces me sirve el conjunto de los dibujos de acuerdo a la paciente y a lo que me ha contado. A veces se sienten tan mal, que no asocian, a veces tienen poca capacidad de asociación y no pueden relatar cuando yo les pregunto. A ella había que preguntarle y a veces asociaba, pero en definitiva era lindo trabajar con ella, porque tenía su mayor disposición. Se veía con claridad la gran dificultad que tenía para salir de esto. Entran en un proceso manipulatorio, es lo que pueden hacer. Pero ahí uno se da cuenta como envuelve toda la persona, a los profesionales, al médico, a la madre, al padre, a toda la familia. Las manipulaciones se dan a veces con comportamientos caprichosos, con mal manejo de la frustración. Hacer sentir culpable a la madre, hacer sentir culpable al padre, ese tipo de cosas.

Como puede observarse, a través de la narrativa de la Directora de la Clínica NOOS, las pacientes ponen de manifiesto su problemática en torno al cuerpo y en su relación con él a través del dibujo de la figura humana. Se trata de dibujos de una figura muy delgada, generalmente sin pies ni manos, figuras muy precarias que, en ocasiones, se encuentran realizadas con una dificultad notable en el trazo, así como aparecen sin una

‘línea de tierra’, lo cual sería una clara muestra de su dificultad de concebir el principio de realidad acerca de su propio cuerpo, sustentando así su dismorfia.

Por otra parte, se pone en juego el tema de “la oralidad” manifiesta en los dibujos, la misma que aparece como una de las implicancias que tiene la anorexia desde su fenomenología, puesto que ésta es la zona erógena a través de la cual el *infans* tiene sus primeros intercambios simbólicos con el mundo mediante la alimentación y, a saber, de la mano del apuntalamiento, se convierte en un lugar que está más allá de la necesidad biológica y orgánica del sujeto.

> Cuando se considera a los alimentos dentro de la dinamia de los dones, entonces es posible ir hasta sus profundas significaciones que van más allá de un sujeto hambriento y unas cosas denominadas alimentos. Esta posición exige mirar la comida en el campo del don y al sujeto en el de la demanda y el placer. (Tenorio, 2010, pág. 77)

Al quedar introducido el alimento dentro del campo lingüístico y de significación, no es la Cosa-alimento propiamente la que el sujeto anoréxico rechaza. A decir de Cecilia Pieck, siguiendo a Lacan, “la frustración, […] no se da por la falta de alimento, sino por la falta del don de amor” (Pieck, 2007, pág. 64), y prosigue más adelante “Se puede suponer que efectivamente, hay una erotización de la sensación de hambre que formaría parte de ese ordenamiento regresivo ante la frustración de amor”. (Pieck, 2007, pág. 95). De ahí que las pacientes, como sostiene la Psicóloga, no logren tolerar la frustración y, por ende, propicien conductas más bien de tipo manipulatorio que lo extrapolan a la relación transferencial en el proceso terapéutico.

> A veces me permite ver la ambivalencia, los opuestos que están dentro de ella misma. A veces veo los aspectos masculinos y femeninos que existen en los dibujos, claro que eso lo voy asociando a través y en función de la historia y eso permite darme cuenta de lo que aparece en el dibujo.
> Generalmente son vínculos, son aspectos inconscientes en relación, por ejemplo, al tema de la autoestima, la identidad, el tema la feminidad, el conflicto con la madre, la ausencia del padre, el conflicto con el mismo cuerpo. A veces también la autoestima, como se va elaborando en función del núcleo familiar y de resto de los hermanos, la rivalidad fraterna. Entonces ese tipo de cosas es básicamente lo que yo veo, generalmente vemos construcciones pre edípicas en los dibujos siempre. Ahí a veces podemos darnos cuenta del vínculo, a veces simbiótico que se hay con el padre, cuando el padre no está ausente. ¿No?

La autora del libro “Anorexia y Bulimia, la tiranía de la perfección” menciona que “se señala la relación con la madre en estas patologías, pero que también se debe tener en cuenta la intervención del padre, ya que su mirada es necesaria para que la niña se conciba como mujer y como atractiva”. (Pieck, 2007, pág. 15).

4.- A partir de su experiencia clínica, ¿considera usted que existe una tendencia al goce, es decir, una transgresión de la norma y del estatuto de lo simbólico, en que se inscribe el desorden de la anorexia?

> A ver, creo que seguro como todo tipo nos determina aterrizando o como llamando, con ciertos goces ¿no? En este caso creo que el goce que esta paciente tenia estaba mucho en el tema del logro que ella sentía con su restricción, lo sentía como batalla ganada. Mientras más su madre le imponía que coma, ella más se restringía y yo si pienso que había un goce ahí instalado, en esta ganancia que ella tenía de restringirse de este logro, del ayuno. Incluso, no sé si necesariamente decirlo masoquista a nivel estructural, pero si había un goce masoquista en el sentido de lo que lograba también restringiéndose, del ayuno, el sentir su cuerpo al límite ¿no? Su cuerpo al límite de agonía por hambruna, o sea por hambre ¿no? Y mucho del goce en el control, ¿sí? En el supuesto autocontrol que ella tenía por con no alimentarse. Ella en algunos episodios, del trabajo que yo realice con ella, también se auto agredía a veces. No solo con cortes, no solo a nivel físico, sino muchísimo con reproches, creo q también había un goce en este reclamo que se hacia ella mismo, que muchas veces caía en culpa.

> Por un lado, una excesiva preocupación por que las dimensiones del cuerpo propio reflejado en el espejo coincidan con un ideal corporal y por otro, los autorreproches y exigencias que se dirigen a sí mismos. Pues en la Anorexia y la Bulimia el reproche gira en gran parte en torno a la imagen del cuerpo, pero las denigraciones también se dirigen a otros aspectos o gestos del sujeto, involucrados en el ideal. (Pieck, 2007, pág. 54).

Dichos goces quizá aparecen instalados como aquello único que pudo establecerse desde un principio. Es un llamado sin voz, desde el ayuno y la zozobra:

> Quien no se alimenta, está muriendo, está muerto. Comer y respirar constituyen las condiciones ineludibles de existencia. Si alguien viene a este mundo, lo hace porque se lo ha llamado a la mesa de los otros que, se espera, esté ya lista para su llegada. La mesa del cuerpo de la mamá, luego la mesa de sus senos. El alimento primero, mezcla de la materialidad de la cosa y de los valores significantes producidos por la cultura. (Tenorio, 2010, pág. 75)

> También por este tema como yo señale antes, en la relación con su hermana, un goce del lado de la ganancia que tenía frente a ella. Yo estoy ganando, porque de alguna manera yo soy la que está enferma, sobre mi están trabajando, yo estoy implicando a toda la familia.

En relación con la hermana de la paciente, puede inferirse lo que Freud llamó el "beneficio secundario" de la enfermedad. Es decir, una ganancia que el sujeto obtiene como producto de su padecer, generalmente traducido en mayor atención, cuidados y manifestaciones de afecto hacia él/ella.

> Entonces creo que yo vi de alguna manera algunos goces ahí. También el goce en la imagen del cuerpo, el sentir que están al límite. Pero lo interesante en ella y en muchos pacientes, también es que no están conformes con como están. Entonces yo creo que ese ejercicio del pretender acercarse a esta supuesta imagen ideal, a la que quisieran llegar, es el mayor goce que ella tenía. O sea, el casi, el casi del ya mismo llego. Que es un poco cuando, que son los episodios más peligrosos. Porque cuando esto está más álgido, es donde más riesgo de vida hay con esta paciente, en general de los pacientes con anorexia. Cuando están tan aferrados a esta idea, de estar tan cerca de esta imagen. Que ella estaba convencida de que algún momento la iba a alcanzar. Pero dejando de lado muchos criterios de realidad, lo que estaba en juego también.

El sujeto, en su pretensión de llegar a alcanzar el ideal al cual quiere acceder más allá de los métodos que deba utilizar, es el sujeto "puesto al límite" el sujeto de la anorexia pues, existe una íntima correlación entre el ideal y la muerte. La muerte como ideal en que el sujeto habrá llegado a encontrar el espacio donde encuentra la pureza. Como sostiene Manzanares en su Disertación "Facebook, un nuevo narcicismo", "lo que parece significar la disminución del peso en muchos casos, es la búsqueda de la pureza a través de la purificación del cuerpo" (Manzanares, 2012, pág. 125). De ahí, que la anorexia se trate de un fenómeno que podría leérselo en relación a los sacrificios religiosos, pues "del siglo XII hasta el siglo XVII fue considerada como manifestación del misticismo religioso" (Maitre, 1997, citado en Pieck, 2007, pág. 25)

CRISTINA:

> Es transgresor, en la medida de este vínculo, como que no hay un reconocimiento de la pareja parental. Generalmente son chicas que no son transgresoras, ordenaras, organizadas, disciplinadas. El desorden en sí mismo, dentro de ser un desorden alimentario, ellas tienen un orden, full rígido y establecido. En cuanto a porciones, lo que van a comer, lo que no van a comer. Ellas establecen sus propias normas, de alimentación, de alimentos permitidos y no permitidos. Entonces ellas tienen su

> propia normativa, que probablemente, si es verdad, no coincide con la norma familiar ni social.
> Entonces la norma que pueda llegar a ser alimentar, no aceptar la alimentación de la madre. Y ahí es donde muchas veces esa transgresión se da en el vínculo con la nutricionista es la representante de la norma.
> Básicamente la transgresión solo se daba alrededor solo de la comida, porque justamente es la cosa, es lo único que pueden transgredir, en definitiva, con claridad. En el sentido de que es de lo único que ellas tienen control. Pero como yo te dije, son chicas estudiosas, buenas, buenas personas, educadas. Sometidas muchas veces a las expectativas de los padres. Entonces, el punto, en donde ella asume el control total de la transgresión, es que ella maneja y decide comer o no comer.

Es a través de dicha restricción lo que aparecería como lo sostiene Massimo Recalcati. Esa pasión por la boca y pasión por los huesos que lleva a las pacientes a transgredir los órdenes de lo establecido, de la cultura y la gastronomía, para establecer unas propias reglas de ayuno casi absoluto: "La pasión por la boca aparece en primer plano en la experiencia anoréxico-bulímica. Por el lado de la anorexia, la experiencia de la boca es la de privación: la boca anoréxica es una boca que parece privarse del goce" (Recalcati, 2003, pág. 73)

> Los conflictos con la nutricionista a veces son muy fuertes. Entonces, yo tengo que aparecer allí, como la que le sustenta, la que la contiene. Por eso generalmente yo no tomo, si bien estoy enterada de lo que sucede a nivel nutricional, pero yo no me meto. La otra terapia va a trabajar ese punto, porque si no yo pierdo el vínculo con la paciente, yo debo mantener el vínculo con la paciente. Aunque a veces, aunque transferencialmente no tengo ganas de mantener el vínculo, porque me causa rechazo, a veces eso lo puedo trabajar con la paciente. Nosotros trabajamos y hacemos supervisión con el equipo, para trabajar lo que el terapeuta está sintiendo con el paciente, para poder entender lo que le pasa al paciente.

> En otras palabras, el terapeuta debe aguantar la frustración de no satisfacer jamás las demandas de la anoréxica -a pesar de intentarlo-y responder, cada vez, a las nuevas demandas que ella le dirija; con excepción de aquellas demandas en que esté implícito el riesgo de salud o de supervivencia de la víctima (Pieck, 2007, pág. 166)

Podría decirse, que el espacio interpela y moviliza al trabajo intersciplinario. Sin él, no habría posibilidad alguna de trabajo con las pacientes que padecen anorexia, puesto que la cercana relación con el/la nutricionista reavivará los fantasmas inconscientes del sujeto, los mismos que, a manera también de frustración o cualesquier otra manifestación, pueden ser leídos como una resistencia al tratamiento.

5.- Tomando en cuenta la teoría psicoanalítica, ¿de qué manera considera que se ve implicado el cuerpo, en este desorden?

> De principio a fin ¿no?, porque creo que es un cuerpo que habla. En esa medida siempre va a estar ligado al cuerpo ¿no? Entonces creo que todo el tiempo está ligado al cuerpo. Pero, por ejemplo, a mí me llama mucho la atención, articulándolo bastante con la teoría psicoanalítica, como juega el tema de la feminidad ¿sí? De una feminidad que es rechazada constantemente, que es intolerable, que es intolerablemente al paciente. Ella, por ejemplo, ella relacionaba subir el de peso, entre comillas engordarse. Con una cuestión de que sus senos iban a crecer, de que sus caderas iban a ensancharse. Es decir, que iba a tener el cuerpo de mujer, y de un cuerpo que iba a ser vista por otros.

> Respecto a las mujeres en particular, muchos autores señalan que el principal tema que se pone en juego es la dificultad para identificarse con su madre. Parecen sufrir su feminidad; la desvalorizan o la rechazan francamente. En algunas familias observan una tradición trasgeneracional de rechazo a la feminidad. (Pieck, 2007, pág. 157)

Atendiendo a las causas, como lo sostiene Pieck, puede encontrarse la ambivalencia que el sujeto tiene en cuanto a la aproximación e introyección del objeto/madre. "Se trata del tiempo del sujeto para alcanzar el objeto; no se trata de un deseo imposible, sino de la ubicación del objeto como imposible, de la imposibilidad del sujeto para acceder al objeto"[5]. (Pieck, 2007, pág. 158)

"La delgadez extrema parecería el objeto más anhelado. Y sin embargo, ese objeto de algún modo se escabulle siempre". (Pieck, 2007, pág. 158). En dicha delgadez no cabría lugar para el cuerpo femenino, como lo sostiene el psicólogo Gonzalo Rodríguez, pues habrá borrado toda marca que pueda erotizar. En consecuencia, el cuerpo de la anorexia, actúa en pro de todo rechazo posible a la erótica y, con ello, a la sexualidad y al amor.

> No quería sentirse deseada por nadie, bueno no por nadie, por ningún hombre al menos, ni por ninguna mujer, al nivel sexual. Sino que era una cuestión de bloquear la mirada, la posible mirada de un hombre hacia ella ¿sí? Incluso al punto de usar vestimenta muy ancha, con la fantasía de que cubra más su cuerpo. Con la intención y la fantasía de que mientras más ella protegía su cuerpo de ser observado, iba a ser menos deseada. Eso, por ejemplo, es algo que a mí siempre me llamó la atención, como ella protegía mantenerse como asexuada ¿sí? Como una pseudo mujer, o sea que no toleraba ese cuerpo que le había tocado, ese cuerpo que tiene. Ese es un elemento que me llamó mucho la atención, de igual manera, a nivel de su cuerpo ella bloqueaba y negaba mucho su propia sexualidad. Me parecía un tema que no le

[5] La autora trabaja alrededor del objeto parcial madre en tanto éste aparece como lugar desde se significa el primer alimento y sostén para el niño.

> interesaba, que no le llamaba mucho la atención en lo absoluto conocer a un hombre, o una mujer para entablar una pareja, rechazaba totalmente la sexualidad.

En este sentido, "el hambre -quizá como sustituto de la satisfacción simbólica del don de amor" (Pieck, 2007, pág. 159) no es sino la manifestación de la carencia que pulsa al sujeto hacia la muerte. Freud, al referirse a la dinámica pulsional, sugiere que la vida de un sujeto se produce gracias a la tensión de las pulsiones tanto de vida como de muerte, sin embargo, al no haber lugar para el Eros, el sujeto experimentará una constante tendencia hacia la pulsión de destrucción y de muerte, Tánatos.

Como sostiene Tenorio (2010), en "la fetichización anoréxica de la muchacha que huye del horror de su sexualidad anulando las formas eróticas de su cuerpo" (pág. 81), no hay lugar para la seducción y la producción del deseo de los otros. Hay anulamiento de la sexualidad y, por consiguiente, del sujeto.

> Entonces ahí ves mucho como se articula el tema de la restricción, la restricción como un tema del cuerpo que voy a tener, y por ende que nadie va a luchar. Como que no era posible para ella, como que era algo a lo que no podía acceder, ella no podía acceder a su sexualidad, la rechazaba, la negaba. Yo creo que ese tema, en este caso en particular era muy marcado. Me llamó mucho la atención y lo articulaba mucho con la teoría psicoanalítica en cuanto a las pulsiones, al cuerpo, a la feminidad, de lo femenino, a la mirada, al ser deseada o no. ¿Sí?

Podría sostenerse, que las pacientes mantienen su lucha constante por el ideal, pero dicho ideal, al estar atravesado por la restricción, no es otro que la muerte. La muerte como ideal y como la otra cara pulsional según Freud. No hay posibilidad alguna de acceder a la sexualidad y a la sensualidad si prima sobre ella la pulsión de muerte. De ahí que procuren cubrir su cuerpo, taparlo para no ser vistas que, paradojalmente, se entiende a la anorexia como una manifestación en búsqueda del amor nunca recibido. Un "hacerse ver" para por fin tener ese don tan anhelado.

> Claro, el cuerpo es la manifestación pura del desorden, es lo que vemos, es la apariencia. Porque aquí es justamente nosotros lo que estamos viendo, es lo que ella muestra la chica exhibe, pero este mundo, es un mundo oculto. Entonces el cuerpo es justamente la manifestación de lo que tenemos atrás, y que ella tampoco entiende, por eso el cuerpo aparece como la búsqueda de la belleza. Pero, en realidad lo que encuentra la muchacha, en realidad es el horror, o sea la muerte.
> Ella dice, por ejemplo, y a ella lo que le encantaba era mirarse en el espejo los huesos. Se le salían los huesos aquí y aquí, ella estaba feliz. Y cuando se ponía de perfil, ver el estómago hundido, pegado atrás a la espalda, eso le gustaba. Entonces, esa distorsión que es tan complicada de trabajarla, por eso nosotros también tenemos terapias de dismorfia corporal.

El “culto al hueso” propuesto por Recalcati, podría ser leído desde la línea en que él entiende la “segunda nada”. La nada entendida como vacío, espacio ausente y, por ende, la carencia para que aparezca el hueso. No se trata solamente del “comer-nada”, sino de una satisfacción aparejada al goce que produce el vacío en el cuerpo. Cabe cuestionar, si dicho vacío, ¿en necesariamente psicótico? Aparece la dificultad al momento de analizar y sobre todo de diagnosticar a pacientes con anorexia puesto que la dismorfia viene a ser un delirio, aquello que se percibe pero que no está en el marco de la realidad efectiva.

6.- En el tiempo contemporáneo, el sujeto tiene una tendencia a la satisfacción inmediata. ¿De qué manera usted encuentra reflejada esta tendencia en desórdenes como la anorexia o las adicciones?

> Creo que, si juega un papel importante, porque si bien se habla que la anorexia ha existido, hay registro desde los griegos, si no me equivoco, desde los egipcios. De casos de anorexia, no cierto, de restricción, de esta cuestión del cuerpo y todo. Pero si creo que es un fenómeno que en la posmodernidad tuvo un boom, fueron síntomas o rasgos que se empezaron a manifestar mucho más en las últimas décadas. Entonces creo que de seguro eso nos sugiere algo con, por ejemplo, la nueva economía psíquica que plantea Melman y yo creo que tendría que ver por ejemplo en el sentido de esto, de jugárselo por el todo, todo el tiempo. Esto de buscar a cualquier precio, es a cualquier precio. O sea, al precio de no alimentarme, al precio de poner en riesgo mi vida. Todo con tal de tener este supuesto cuerpo, que cuando lo tenga todo va a estar bien. Particularmente en la anorexia juega así, en las adicciones quizás tenga otro color. Pero también es el tema del exceso y una como negación a la castración, ¿no cierto? Una cuestión de no querer asimilar la falta, de no querer asimilar estar inscritos en el lenguaje, de recorrer el deseo. Sino más bien, de mantenernos del lado del goce. Entonces creo que seguro es un poco cómo está la cuestión ahora, la ciencia, los discursos, el capitalismo. Un poco el todo, el sí se puede, si se puede tener la felicidad, en realidad, como la completud. Creo que es un discurso que propicia que las cosas se vayan del lado del goce y no se mantengan en ese lado del deseo.

Como sostiene el psicólogo Gonzalo Rodríguez, la paciente se enmarcaría dentro de lo que Melman teoriza y postula acerca de la “nueva economía psíquica”, desde donde se pone en juego la tendencia a una satisfacción inmediata, “gozar a cualquier precio”, a costa del cuerpo y del sufrimiento, como una de las manifestaciones contemporáneas en que se sitúa la noción de patología.

CRISTINA:

> Bueno, esto lo vas a ver en la bulimia. En la anorexia no, o sea en la anorexia, la satisfacción estaría dada en lograr la destrucción, al contrario. En la bulimia la satisfacción está más aquí dentro de las adicciones, la bulimia. Aunque, el comportamiento restrictivo muchas veces es un comportamiento adictivo.
> Hay una tendencia a la repetición, mantener la restricción. En cambio, aquí hay la estructura es mucho más parecida a la adicción y la bulimia.
> Entonces y nuestra sociedad es así también, es una sociedad que alimenta la bulimia, al ser una sociedad de consumo, la bulimia consume, pero a la vez la sociedad también es bulímica, porque también restringe. O sea, te da y te quita, por ejemplo.
> La satisfacción está en eso, en lograr el control. Controlar el hambre, controlar el deseo, por eso aparece una carencia del deseo.

Como se sostuvo y analizó en el segundo capítulo del presente trabajo, la anorexia en ocasiones es leída como un síntoma y en ocasiones como una adicción debido al hecho de no poder controlar la restricción. Es decir, la restricción es inamovible y, una de las dificultades que presentan los pacientes es justamente cuando entran al tratamiento psicoterapéutico, por cuanto van a "perder" el control de la restricción, que es lo único que han logrado establecer como suyo. Podría decirse incluso, que ha llegado a ser una marca identitaria del sujeto.

7.- El sufrimiento de la anorexia está puesto en el cuerpo. ¿De qué manera puede la psicoterapia intervenir en ese sujeto que tiene hacia la muerte?

> A ver, creo que el espacio de la psicoterapia de por si es complicada en este tipo de casos. Muy complicada, justamente por el riesgo físico, orgánico, que está de por medio. Porque en casos muy, muy graves, muy importantes, primero se necesita hacer una rehabilitación física. Una internación en ciertos casos, en donde la mente se adapta incluso cognitiva, neurológicamente. Que esté con condiciones para poder hacer un trabajo clínico, entonces de por sí es un trabajo complicado. Pero pienso que cuando está en curso el trabajo, cuando Es factible el trabajo, cuando la paciente tiene el deseo de trabajar lo que le está pasando. Igual la mayoría de interpretaciones tienden a rebotar, ¿sí? Pero lo que ha sido eficaz con estos pacientes, no a nivel de protocolo ni a manual de psicoterapia con pacientes con anorexia.
> A mí con ella, lo que me servía mucho era señalarle mucho las posiciones polares, en las que ella se ubicaba. Se ponía muchas veces en extremos de o bueno malo, o gorda flaca, o blanco o negro. Y creo que señalar un poco esas posiciones extremas, de un lado al otro, le permitían a veces acercarse a tierra. Ubicarse en otras posiciones es de la que no puede salirse, o lo uno o lo otro, justamente lo que le costaba a esta paciente era sostener sus deseos. Su deseo estaba sostenido en

> sostener su anorexia y no veía otra posibilidad. Entonces, señalarle a ella las otras posibilidades que podían haber, de alguna manera reafirmar en ella el hecho de que puede hacerse cargo de su deseo y no solo de su únicamente en su cuerpo, en el control de la alimentación. Sino en otros aspectos de su vida también era lo que de alguna manera podía hacer un corte en esto. Y creo que el corte principal, a la final con ella, fue mucho trabajar la relación con su madre, muchísimo trabajar la relación con su madre.
> Incluso en este caso de la paciente, en muchos casos del paciente con anorexia, es casi necesario incluir a la madre en el trabajo, que la madre también realice algún trabajo psicoterapéutico. Sobre todo, en pacientes muy jóvenes, que viven con la madre, el vínculo la verdad corcha muchísimo el trabajo. Si no hay un trabajo con la madre, que un poco la madre tome distancia, que ella misma haga el corte con su hija. Entonces creo que el corte en psicoterapia también va de lado del trabajo con la madre. Y trabajar con la paciente el vínculo que tiene con ella, esta carga de esta cuestión absorbente, en que esta paciente cayó. Y de trabajar mucho esta rivalidad que había con su hermana. Hacer corte con eso, ser muy firme con ella, sacarla de esta posición de pelea de pelea con la hermana. De que regrese a ver su propio deseo, de que se salga de esta imagen familiar de las tres y quien se queda con su madre. Hacer corte sobre ese tema es lo que a ella le permitió moverse del lugar que estaba.

Quizá una de las mayores dificultades que puede aparecer en el trabajo de pacientes con anorexia, sea establecer una función de corte, para desde ahí trabajar su sufrimiento y procurar el término de los actos repetitivos. En algún sentido, la dependencia se encuentra en los vínculos conflictivos que el sujeto mantiene y solo el hecho de "particularizar ese trastorno abriendo la pregunta sobre el deseo en juego en la Anorexia" (Pieck, 2007, pág. 33) podría hacer de corte, conjuntamente con el trabajo de madre/hermana, etc.

CRISTINA:

> Generalmente, lo que aparece primero, son las pulsiones, a través de la agresión. En tendencias auto agresivas. Es la autoagresión, generalmente es donde podemos empezar a trabajar cuando llegan los pacientes, para poder procesar en el sistema.
> A través de lo que le duele, de lo que sufre. Esto se ve, por ejemplo, en la anorexia no tanto, en la bulimia, las mutilaciones, es decir los cortes.
> Se está dañando el cuerpo, que lógicamente al principio no lo ve ¿no? Ahí empezamos a trabajar, por ejemplo, empezamos a trabajar el tema de la muerte. Y en otros casos ya hay un deseo de muerte súper evidente, explicito, manifiesto generalizado de querer morir.

Tanto en la anorexia como en la bulimia, la psicóloga refiere que existen automutilaciones de diversa índole, sin embargo, cabría cuestionar la distinción entre el dolor y el sufrimiento, puesto que, el primero, como se abordó en el segundo capítulo,

tiene que ver con un proceso en que el paciente usa su cuerpo para infringir dolor encontrando algún placer en él, tal y como sucede en la realización de *piercings* o las tendencias al *body art*; sin embargo, el sufrimiento, pasa a ser una condición de la existencia.

> Generalmente cuando el paciente está en la terapia los deseos de muerte disminuyen muchísimo. Porque, la mayoría de las veces como podemos empezar a trabajar rápido, hay pacientes que son mucho más resistentes y la familia no ayuda en nada y dejan el tratamiento.
> Lo que sucede es que a veces, algo que se manifiesta con más claridad, y yo creo que la diferencia está en la percepción particular de la familia, de los padres. Y al momento en que los padres deciden consultar. Entonces, cuando tenemos a padres que detectan la enfermedad a los inicios, de su cuerpo, entonces es donde el índice de masa corporal no es tan riesgoso. Entonces tenemos más herramientas, podemos trabajar con más tranquilidad. En cambio, hay otros procesos en donde el diagnostico llega a nosotros o viene de otros tratamientos. A veces nos llega a nosotros ya en un estado de alto riesgo, ahí es donde se ve como más crudo y se puede trabajar, como este paciente llegó a este punto.

Como puede inferirse, un diagnóstico anticipado puede ser muy decidor en un caso de anorexia grave, sin embargo, no es el sujeto que la padece quien realice la demanda y acuda al tratamiento en psicoterapia. En ocasiones las relaciones pueden llegar a ser tan conflictivas y donde esa falta del "don de amor" opera de maneja tan significante, que el llamado o búsqueda de algún tratamiento puede ser desesperanzador.

CONCLUSIONES

En relación al primer capítulo de la disertación, se puede concluir que el fenómeno o problema de la muerte, la pulsión de muerte o de destrucción aparece como lo más primario o primitivo del *infans*, incluso por encima de las pulsiones de vida. De ahí la necesidad de abrir distintas perspectivas en el intento de comprender o, en todo caso, de abordar este concepto central de la filosofía y de toda disciplina que estudie al sujeto y al Ser. A través de ello, se concibe a la muerte como un espacio vacío, un lugar necesario para que algo pueda operar, pero al mismo tiempo, un lugar enigmático que siempre propondrá nuevos enfoques y horizontes en ese intento fallido por comprenderlo.

En torno al segundo capítulo, se puede concluir que la construcción subjetiva del cuerpo, en tanto espacio a ser escrito y re-escrito, da cuenta de la inscripcionalidad tanto de las marcas y discursos sociales, como de las particularidades que traducen a la singularidad de un sujeto en cuanto a sus escrituras. Puede argumentarse el rol trascendental que tiene la imagen en el mundo contemporáneo y la constante exposición del cuerpo a los espacios mediáticos, virtuales desde donde se concibe y construyen las eróticas. Al mismo tiempo, con ello, se puede dar cuenta de los espacios en que aparece y se muestra el malestar, el sufrimiento de quienes padecen anorexia; los mismos que, en su ambivalencia frente al "hacerse ver", exponen relatos, foros en línea, y utilizan espacios virtuales pues no todos acceden a una consulta terapéutica.

En el tercer capítulo del presente trabajo, se tiene la oportunidad de correlacionar la propuesta teórica sostenida en los capítulos anteriores, junto al correlato clínico que se obtuvo por parte de los psicoterapeutas, quienes han trabajado el desorden de la anorexia como síntoma entendido desde el psicoanálisis. A partir de sus narrativas, puede darse por corroborada la hipótesis en que se apoya esta disertación, pues, evidentemente la anorexia no es sino la puesta en escena de la pulsión de muerte a través del cuerpo, llegando a momentos muy críticos en que podría casi no distinguirse la línea divisoria entre la vida y la muerte, y que puede estar acompañada de otras problemáticas como son la depresión o melancolía propiamente dicha, el suicidio o pasajes al acto, las adicciones (con las que pueden presentar comorbilidad), entre otras.

Se puede concluir, por otra parte, que los ideales que las pacientes pretenden alcanzar, ideal del cuerpo delgado o determinada tendencia social, moda, aparece como una manifestación de aquello que no es posible de alcanzar. Es decir, el objeto/madre

aparece como imposible. Ubicando así ese espacio de los límites que franquean con la muerte y que, su pulsión, es la que actúa para que ellas no se alejen de esa peligrosa línea que separa el ideal de lo posible.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda el abordaje bibliográfico e investigativo a través de la realización de estudios cualitativos en torno a la problemática de la anorexia y a otros desórdenes alimentarios, desde autores contemporáneos que sitúen el contexto en que se produce un sujeto. Ello por cuanto las teorizaciones, por lo general, procuran dejar de lado los aportes de otras disciplinas a través de las cuales puede enriquecerse un estudio.

- Se recomienda la creación de nuevos Centros especializados para el trabajo de los desórdenes alimentarios. Entidades tanto públicas como privadas con el fin de que las poblaciones vulnerables tengan un espacio de escucha a su síntoma y su malestar pueda ser trabajado en psicoterapia. Se encuentran muy pocos Centros de atención a pacientes con esta clase de desórdenes.

- Se recomienda realizar análisis teóricos, debates, mesas redondas y promover espacios en que pueda abordarse esta temática pues su dinamia obedece a distintas lecturas y diversas causalidades. Por esta razón debe fomentarse el estudio dentro y fuera del campo universitario. Promover el abordaje y teorización acerca de las problemáticas contemporáneas, los síntomas que padecen hoy en día los sujetos en nuestra cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Bataille, G. (1970). *Breve historia del erotismo.* Uruguay: Ediciones Calden.

Baudrillard, J. (1989). *De la seducción.* Madrid: Cátedra.

Baudrillard, J. (2000). *El intercambio imposible.* Madrid: Cátedra.

Calabrese, E. (s/f). Los espejos rotos. Borges/Funes o una fenomenología fantástica de la percepción. *CELEHIS*, 1-8.

Chemama, R. (2008). *El goce, contextos y paradojas.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Chun, S. (2012). El porvenir de Jacques Derrida. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, 105-118.

Cordero, A. C. (2013). *Hacia una cartografía del cuerpo en la poesía de: Ángeles Martínez, Cristóbal Zapata y Roy Sigüenza.* Cuenca: Universidad de Cuenca.

Critchley, S. (2008). *El libro de los filósofos muertos.* Madrid: Taurus.

Del Búfalo, E. (2005). Lo imposible de la muerte. *EIDOS: Revista de filosofía de la Universidad del Norte,* 132-140.

Derrida, J. (2001). *Estados de ánimo del psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidos.

Derrida, J. (2006). *Aprender por fin a vivir.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Ferrater, J. (1979). *Diccionario de filosofía.* Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Fiorini, L. (2008). Introducción. En L. Glocer Fiorini, *Cuerpos, lenguajes y silencios* (págs. 13-19). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura.* Buenos Aires: Amorrortu.

García, J. (2008). Cuerpos escritos. El cuerpo, referente, fuente y escritura. En L. c. Glocer Fiorini, *El cuerpo: lenguajes y silencios* (págs. 23-44). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero.* Barcelona: Anagrama.

Manzanares, R. (2012). *Facebook, un nuevo narcisismo.* Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Martínez, R. (2013). *Freud y Derrida: Escritura y Psique.* México: Siglo XXI.

Melenotte, G.-H. (s/f). El sujeto moderno y su imagen. *Me cayó el veinte - Revista de Psicoanálisis*, 1-14.

Melman, C. (2005). *El hombre sin gravedad: gozar a cualquier precio.* Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Mosquera, A., Finol, J., & García de Molero, Í. (2010). *Semióticas de cuerpo.* Maracaibo: Universidad de Zulia - Asociación Venezolana de Semiótica.

Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes.* Buenos Aires: Paidós.

Nasio, J. (2012). El inconsciente es la repetición. *Intersecciones PSI*. Obtenido de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=158:el-inconsciente-es-la-repeticion&catid=15:actualidad&Itemid=1

Nasio, J. (2013). *¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?* Buenos Aires: Paidos.

Pieck, C. (2007). *Anorexia y Bulimia: La tiranía de la perfección.* Fundación Universitaria de Derecho, Administración y Política,.

Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: Anorexias, dependencias, psicosis.* Madrid: Editorial Sintesis.

Reisfeld, S. (2008). Las modificaciones corporales, la identidad y el dolor en el body art. En L. Glocer Fiorini, *Cuerpos, lenguajes y silencios* (págs. 45-62). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

Roudinesco, É. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidos.

Sánchez-Parga, J. (2012). Cómo el sujeto se hizo objeto de las Ciencias Sociales. *ECUADOR DEBATE 86*, 35-54.

Sartre, J. (1993). *El ser y la nada.* Barcelona: Altaya.

Sibilia, P. (2008). *La intimidad como espectáculo.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Tenorio, R. (2010). *Niños, calles y cotidianidades.* Quito: El Conejo.

ANEXOS

ANEXO 1: NÓMINA DE ENTREVISTAS

CÓDIGO DE ENTREVISTA	RELACIÓN CON LA CLÍNICA NOOS	FECHA	LUGAR
GZ-RZ	Psicólogo Clínico	09/11/2016	Clínica NOOS
CT-CS	Directora de la Clínica – Psicóloga Clínica	02/11/2016	Clínica NOOS Consulta privada

Figura No.2: Nomina de Entrevistas

Elaborado por: Alejandro Mera en diciembre de 2016.

ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA (DIRECTORA DE CLÍNICA NOOS)

1.- ¿Cuál es la demanda con que llegó su paciente a la Clínica? Situemos algunos antecedentes preliminares de la paciente en la Institución.

2.- Comprendiendo la anorexia como un desorden, ¿a qué causas socio-culturales y familiares responde las pacientes?

3.- ¿Usted ha realizado alguna prueba proyectiva a través de la cual la paciente ha dado cuenta de fenómenos inconscientes?

4.- A partir de su experiencia clínica, ¿considera usted que existe una tendencia al goce, es decir, una transgresión de la norma y del estatuto de lo simbólico, en que se inscribe el desorden de la anorexia?

5.- Tomando en cuenta la teoría psicoanalítica, ¿de qué manera considera que el cuerpo, se ve implicado en este desorden alimenticio?

6.- En el tiempo contemporáneo, el sujeto tiene una tendencia a la satisfacción inmediata. ¿De qué manera usted encuentra reflejada esta tendencia en desórdenes como la anorexia o las adicciones?

7.- El sufrimiento de la anorexia está puesto en el cuerpo. ¿De qué manera puede la psicoterapia intervenir en ese sujeto que tiene hacia la muerte?

ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA (PSICÓLOGO CLÍNICO)

1.- ¿Cuál es la demanda con que llegó su paciente a la Clínica? Situemos algunos antecedentes preliminares de la paciente en la Institución.

2.- Comprendiendo la anorexia como un desorden, ¿a qué causas socio-culturales y familiares responde las pacientes?

3.- ¿Usted ha realizado alguna prueba proyectiva a través de la cual la paciente ha dado cuenta de fenómenos inconscientes?

4.- A partir de su experiencia clínica, ¿considera usted que existe una tendencia al goce, es decir, una transgresión de la norma y del estatuto de lo simbólico, en que se inscribe el desorden de la anorexia?

5.- Tomando en cuenta la teoría psicoanalítica, ¿de qué manera considera que el cuerpo, se ve implicado en este desorden alimenticio?

6.- ¿En qué medida considera que la anorexia, las adicciones y otros desórdenes dan cuenta de una posición del sujeto en la cultura contemporánea que, según Melman, establece una nueva economía psíquica?

7.- El "gozar sin límites" de Melman podría ser leído como una puesta en juego del sufrimiento sin límite a través del cuerpo, ¿de qué manera puede la psicoterapia hacer una función de corte a esa constante e irrefrenable pulsión que conduce al sujeto a su muerte?

ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA
(DIRECTORA DE LA CLÍNICA NOOS: MTR. CRISTINA CASTILLO.)

1.- ¿Cuál es la demanda con que llegó su paciente a la Clínica?

En general, la mayoría de los pacientes no vienen por demanda propia, finalmente lo trae algún un familiar. Entonces nosotros lo que tenemos que trabajar es justamente la demanda. En primer lugar, lo que hay q trabajar es la aceptación, de la enfermedad, que es un reconocimiento de lo que le está sucediendo. Y después empezamos a trabajar en la demanda y eso puede llevar la mitad del tratamiento.

Entonces acá lo que vemos, por ejemplo, en esta paciente que yo te estaba mencionando, ella viene por demandas de un hermano y los papas. Ella había tenido, bastante tiempo, como dos o tres años, ella es una chica de más de 20 años y no de acá de la ciudad sino de otra ciudad del Ecuador.

Podría sostenerse el hecho de que el paciente no se sepa o considere enfermo, a tal punto de no llegar a buscar salir de su estado de repetición de actos que consolida su tendencia a la muerte. Cuando la pulsión de muerte prima por sobre la pulsión de vida, la necesidad de la intervención de otro (madre, padre, familiar) es primordial. El otro sostiene al sujeto desde que éste nace, el sujeto de la anorexia es un sujeto de la precariedad significante que, por tanto, no llega al espacio terapéutico a formular una demanda.

Indudablemente esta niña presentaba un índice de masa corporal inferior a 15. Por lo tanto, se decidió hacer una internación de forma inmediata. Por ejemplo, nosotros hacemos tratamiento ambulatorio, pero siempre y cuando haya, no sobrepase el límite inferior del índice de masa corporal. De lo contrario hay que hacer internación, entonces nosotros no hacemos internación. Entonces trabajamos alrededor, de acuerdo a criterios de la organización mundial de la salud. A partir, mejor dicho, menos de un índice de 15, hay que hacer internación. Entonces esta chica tenía menos de 15.

Inclusive a ella hubo que alimentarla con sonda, porque también el proceso de realimentación es sumamente delicado. Porque tampoco se puede realimentar el cuerpo, porque su organismo está adaptado a un estado de restricción. Entonces tanto el corazón, como todos sus órganos principales, actúan a un ritmo de, como que se iban adaptando a

esa ingesta, a hacer circular. Entonces cuando se inicia la realimentación, también debe ser sumamente cuidadosa y controlada por un médico especialista, no cualquier médico.

Desde el punto de vista psicológico, yo tengo que ir sumamente despacio, porque el paciente no está preparado psicológicamente para la ingesta, ni para aceptar cualquier modificación en el sistema corporal, en lo que va sintiendo. Son pacientes que tienen una alta dismorfia corporal. Pero ahí muchas veces tengo que trabajar rápido por eso a veces las frecuencias tienen ser más seguidas, para que el paciente pueda tolerar la realimentación.

Entonces ahí a veces tenemos que recurrir a lo que podemos y a lo que tenemos y que a veces no es mucho. Porque paralelamente tenemos que trabajar con la familia, porque la familia a veces puede ser un elemento disruptor y otras veces puede ser un buen elemento. Entonces tenemos que ir viendo muchos variables intervinientes, para poder trabajar en conjunto y estar en lo mismo.

Como sostiene la psicóloga, el paciente no está preparado para acoger el alimento que rechaza. El trabajo interdisciplinario fundamental, así como lo es el trabajo con las figuras parentales de la paciente pues, a saber, el rechazo y la erotización de la sensación de hambre, tienen íntima relación con los modelos parentales introyectados, como se mencionó a lo largo del segundo capítulo de la disertación. De ahí la consecuente preocupación por el trabajo con padre, madre o hermanos/as si los hubiere.

Generalmente las pacientes con anorexia, hacen un reconocimiento cuando su cuerpo, ellos ponen el cuerpo a un dolor y un sufrimiento extremo. Porque tienen hambre, no sé, ganas de comer. Hace que se cierre todo deseo por comer y hasta por vivir. Hay gente que llega a un punto que ya no tiene deseos de vivir. Porque están tan inmersos en no comer, que a veces, son conscientes que no están comiendo. Son conscientes de su delgadez, pero no pueden hacer otra cosa, es como que están atrapados en esto. Entonces esta niña empezó, la parte psicológica más que nada, empezó el trabajo justamente a través de eso, de su propio sufrimiento, de su propio dolor. Entonces es como que ese dolor y su propio sufrimiento es la llave para poder moverle.

Hay unas pacientes que vienen ya con un poquito más de estructura y quieren salir. El problema es ese, quieren salir, pero no quieren subir de peso. Otras personas saben que van a subir de peso, pero tienen pánico. O tienen la mejor disposición del mundo, pero al

momento de alimentarse, no pueden hacerlo, se resisten. Tienen un montón de mecanismos sumamente rígidos.

En esta paciente a través del dolor, a través de lo que estaba sintiendo. Le pusieron una sonda por la nariz. Estuvo internada cuatro semanas, y después cuando salió seguía con la realimentación. Entonces con una negación a comer, en ese momento el discurso de la paciente era sumamente pobre.

Lo que me decía esta, con más claridad, es la mayoría de las veces, es el conflicto con la madre. Porque la madre es la representación de la comida, del alimento, dela nutrición. Entonces generalmente las madres lo quieren es que sus hijas coman, entonces se genera un conflicto, pero que está originado evidentemente en su historia.

Este riesgo de muerte, por suicidio o por falta de alimentación puede llegar a ser alto. Muchas veces se hace necesario un seguimiento terapéutico durante las 24 horas, y se debe tener en cuenta que este riesgo puede aparecer cuando la paciente, aparentemente mejorada, sale de la internación con un peso normal 15, 16

2.- Comprendiendo la anorexia como un desorden, ¿a qué causas socio-culturales y familiares responden en esta paciente?

El tema social, sociocultural puede ser un desencadenante. Por ejemplo, las modas, el asociar el éxito a la delgadez. Generalmente son chicas que tienen afectada la autoestima, son sumamente inteligente y tienen una buena producción intelectual. Pero a la larga esto también va a tener sus consecuencias, especialmente cuando lleva años de restricción. Entonces ahí podemos hablar de desencadenantes, de influencias. Hay toda una serie de elementos, que están asociados a la persona, pero todo está puesto en la delgadez. Si yo soy delgada voy a ser más atractiva, me van a querer más. En definitiva, vamos viendo como la búsqueda de aceptación gira alrededor del cuerpo y el cuerpo delgado, que para ellos es un cuerpo lindo. Ahí hay muchas cosas, muchos tipos de diferencias, como manejan el cuerpo.

Vemos que, en ciertos cuadros de anorexia, el cuerpo tiene una apariencia femenina, se busca el cuerpo bello, lindo. Una paciente, por ejemplo, de que ella se vestía espectacular, se maquillaba, vos le veías súper delgada, flaca, pero muy bien vestida, súper

atractiva. Pero vos ves aparentemente un cuerpo erótico, pero cuando vos empiezas a verlos, te das cuenta que no hay nada erótico. No es un cuerpo sexualizado, es un cuerpo objetivado, es un objeto para mostrar. Pero no tiene, no es un cuerpo sexual, porque la paciente no ha llegado a una evolución psicosexual, dentro de su sexualidad, está atrapada en un vínculo dual.

Entonces hay otras, sin embargo, que el cuerpo a pesar de que ha logrado la delgadez, es un cuerpo oculto, un cuerpo que se esconde, se esconde con ropa. A veces dos o tres abrigos, dos o tres pantalones, no se muestra el cuerpo. Y la paciente en este caso suele estar en estados depresivos fuertes.

Ella como estuvo internada, no tenía mucha manifestación física de su cuerpo. Pero ella era más de la característica esta depresiva y de ocultamiento del cuerpo. Por ejemplo, la que maneja el cuerpo, que tiene la capacidad como de exhibirlo y se siente bien con su propio cuerpo, entre comillas. Tiene un estado emocional, con algunos periodos psicomaniacos, pero en general no hay depresión o es una depresión oculta. En cambio, en estas otras chicas, la depresión se manifiesta. A veces también, la depresión puede estar asociada justamente a la restricción alimentaria, no está recibiendo los nutrientes necesarios, para tener los neurotransmisores adecuados. Para mantener su estado anímico. Y otras veces la depresión está asociada justamente al dolor que siento, al sufrimiento que está teniendo. Porque tiene conciencia, de lo que ella sufre, por la delgadez de su cuerpo. Y esta cosa contradictoria, de tener conciencia de lo que está haciendo con su cuerpo y estar encerrada en eso y no poder salir. O los intentos frustrados por salir y no poder y estar atrapada.

Entonces esta chica estuvo internada, después salió. Una vez que recuperó el peso mínimo, indispensable, salió en ambulatorio. Pero también la familia tenía problemas económicos, se les hacía difícil, entonces estuvo poco tiempo en ambulatorio. Si hubiera tenido más tiempo, hubiera podido trabajar un poco más el tema de la aceptación. Después salió con bastante trabajo, con tratamiento médico, pero a distancia.

3.- ¿Usted ha realizado alguna prueba proyectiva a través de la cual la paciente ha dado cuenta de fenómenos inconscientes?

Lo único que yo he tomado es la figura humana. Suelo tomar a veces el tema de la familia siendo algo, esto básicamente solo lo tomo como una forma de ver los vínculos. A

veces tomo el HTP pero adaptado a lo que yo estoy buscando, por ejemplo lo que se ve mucho en ese dibujo es el tema de la oralidad. Yo tomo dos, uno en donde trabajo y veo la dismorfia, el nivel de dismorfia. Porque la consigna es, que se dibuje a sí misma, como se ve o se imagina que es. Entones a mí me ayuda, me sirve para trabajar, eso que yo no puedo preguntar. Y cuando tomo el HTP es para observar la figura humana.

Entonces a veces yo puedo trabajar este primero con el del HTP y a veces sale lo opuesto. Entonces me sirve el conjunto de los dibujos de acuerdo a la paciente y a lo que me ha contado. A veces se sienten tan mal, que no asocian, a veces tienen poca capacidad de asociación y no pueden relatar cuando yo les pregunto. A ella había que preguntarle y a veces asociaba, pero en definitiva era lindo trabajar con ella, porque tenía su mayor disposición. Se veía con claridad la gran dificultad que tenía para salir de esto. Entran en un proceso manipulatorio, es lo que pueden hacer. Pero ahí uno se da cuenta como envuelve toda la persona, a los profesionales, al médico, a la madre, al padre, a toda la familia. Las manipulaciones se dan a veces con comportamientos caprichosos, con mal manejo de la frustración. Hacer sentir culpable a la madre, hacer sentir culpable al padre, ese tipo de cosas.

Como puede observarse, a través de la narrativa de la Directora de la Clínica NOOS, las pacientes ponen de manifiesto su problemática en torno al cuerpo y en su relación con él a través del dibujo de la figura humana. Se trata de dibujos de una figura muy delgada, generalmente sin pies ni manos, figuras muy precarias que, en ocasiones, se encuentran realizadas con una dificultad notable en el trazo, así como aparecen sin una 'línea de tierra', lo cual sería una clara muestra de su dificultad de concebir el principio de realidad acerca de su propio cuerpo, sustentando así su dismorfia.

A veces me permite dar la ambivalencia, los opuestos que están dentro de ella misma. A veces veo los aspectos masculinos y femeninos que existen en los dibujos, claro que eso lo voy asociando a través y en función de la historia y eso permite darme cuenta de lo que aparece en el dibujo.

Generalmente son vínculos, son aspectos inconscientes en relación, por ejemplo, al tema de la autoestima, la identidad, el tema la feminidad, el conflicto con la madre, la ausencia del padre, el conflicto con el mismo cuerpo. A veces también la autoestima, como se va elaborando en función del núcleo familiar y de resto de los hermanos, la rivalidad

fraterna. Entonces ese tipo de cosas es básicamente lo que yo veo, generalmente vemos construcciones pre edípicas en los dibujos siempre. Ahí a veces podemos darnos cuenta del vínculo, a veces simbiótico que se hay con el padre, cuando el padre no está ausente. ¿No?

4.- A partir de su experiencia clínica, ¿considera usted que existe una tendencia al goce, es decir, una transgresión de la norma y del estatuto de lo simbólico, en que se inscribe el desorden de la anorexia?

Es transgresor, en la medida de este vínculo, como que no hay un reconocimiento de la pareja parental. Generalmente son chicas que no son transgresoras, ordenaras, organizadas, disciplinadas. El desorden en sí mismo, dentro de ser un desorden alimentario, ellas tienen un orden, full rígido y establecido. En cuanto a porciones, lo que van a comer, lo que no van a comer. Ellas establecen sus propias normas, de alimentación, de alimentos permitidos y no permitidos. Entonces ellas tienen su propia normativa, que probablemente, si es verdad, no coincide con la norma familiar ni social.

Entonces la norma que pueda llegar a ser alimentar, no aceptar la alimentación de la madre. Y ahí es donde muchas veces esa transgresión se da en el vínculo con la nutricionista es la representante de la norma. Los conflictos con la nutricionista a veces son muy fuertes. Entonces, yo tengo que aparecer allí, como la que le sustenta, la que la contiene. Por eso generalmente yo no tomo, si bien estoy enterada de lo que sucede a nivel nutricional, pero yo no me meto. La otra terapia va a trabajar ese punto, porque si no yo pierdo el vínculo con la paciente, yo debo mantener el vínculo con la paciente. Aunque a veces, aunque transferencialmente no tengo ganas de mantener el vínculo, porque me causa rechazo, a veces eso lo puedo trabajar con la paciente. Nosotros trabajamos y hacemos supervisión con el equipo, para trabajar lo que el terapeuta está sintiendo con el paciente, para poder entender lo que le pasa al paciente.

Básicamente la transgresión solo se daba alrededor solo de la comida, porque justamente es la cosa, es lo único que pueden transgredir, en definitiva, con claridad. En el sentido de que es de lo único que ellas tienen control. Pero como yo te dije, son chicas estudiosas, buenas, buenas personas, educadas. Sometidas muchas veces a las expectativas de los padres. Entonces, el punto, en donde ella asume el control total de la transgresión, es que ella maneja y decide comer o no comer.

En realidad, son funcionales, lo que sucede es que cuando el desorden es tan brutalmente grande, hace que este también empiece a servir funcional. Pero en general, funcionan bastante acorde, por eso es que pueden trabajar y estar.

En otras palabras, el terapeuta debe aguantar la frustración de no satisfacer jamás las demandas de la anoréxica -a pesar de intentarlo-y responder, cada vez, a las nuevas demandas que ella le dirija; con excepción de aquellas demandas en que esté implícito el riesgo de salud o de supervivencia de la víctima.

5.- Tomando en cuenta la teoría psicoanalítica, ¿de qué manera considera que se ve implicado el cuerpo, en este desorden?

Claro, el cuerpo es la manifestación pura del desorden, es lo que vemos, es la apariencia. Porque aquí es justamente nosotros lo que estamos viendo, es lo que ella muestra la chica exhibe, pero este mundo, es un mundo oculto. Entonces el cuerpo es justamente la manifestación de lo que tenemos atrás, y que ella tampoco entiende, por eso el cuerpo aparece como la búsqueda de la belleza. Pero, en realidad lo que encuentra la muchacha, en realidad es el horror, o sea la muerte.

Ella dice, por ejemplo, y a ella lo que le encantaba era mirarse en el espejo los huesos. Se le salían los huesos aquí y aquí, ella estaba feliz. Y cuando se ponía de perfil, ver el estómago hundido, pegado atrás a la espalda, eso le gustaba. Entonces, esa distorsión que es tan complicada de trabajarla, por eso nosotros también tenemos terapias de dismorfia corporal.

Ahí es importante trabajar con el cuerpo, específicamente son esa distorsión, lo que la paciente proyecta sobre el cuerpo, que cosas está proyectando. Entonces se trabaja mucho con el cuerpo, en el piso, para que ella también vaya teniendo otro tipo de registro del propio cuerpo, un registro más cercano a cómo está su cuerpo. Entonces eso nos permite que la dismorfia vaya disminuyendo. Todos tenemos mayor o menor grado, nuestra propia dismorfia, pero aquí ya hablamos de una dismorfia extremadamente patológica. Nosotros empezamos a trabajar y a veces la paciente la acepta la reconoce a la dismorfia y otras pacientes se quedan más tiempo. Está fuera justamente en el principio de la realidad, no tiene nada que ver, no sé si es una construcción ¿no cierto? Que la paciente va haciendo en función de sus sensaciones, de sus deseos. Ella ya venía con un nivel de conciencia más claro acerca de lo que estaba pasando con su cuerpo, pero también un alto

nivel de dismorfia corporal, no le molestaba. Lo que sucede, es que nosotros nos encontramos también con sensaciones, esto porque como estamos trabajando con elementos del inconsciente sumamente primitivos, entonces la sensación de percibir el cuerpo a través de la llenura por haber comido cuatro gramos de arroz. También es el empezar a registrar el cuerpo de una manera negativa, con la comida. Tú le das comida y ella empieza a registrar el cuerpo con una sensación negativa. Entonces, que le remueva a esa paciente esa sensación negativa, esa autopercepción, no es autopercepción, es más primitiva todavía. Es más bien a nivel de sensación, entonces ahí lo que nosotros vemos y podemos rescatar sensaciones muy primarias en el vínculo materno de rechazo. Y evidentemente en la terapia con la madre se va a evidenciar el rechazo en la medida de los casos el rechazo materno ante la hija, pero eso se ve con más claridad en la bulimia.

En la anorexia lo que se observa más en el vínculo materno es una relación de rivalidad, pero todavía sin llegar a lo pre edípico, estamos ahí en los coqueteos del Edipo y en los coqueteos de los límites de una relación de simbiosis, donde hay muchas veces con el padre, en donde la madre ni se registra. Es una ausencia, falta de registros de la madre. Pero como la madre aparece a través de la comida, para que la hija no se muera y coma, entonces se manifiesta en comportamientos, dentro del día, de conflictos.

Acá lo que vemos es el conflicto con la feminidad en la anorexia, en donde no hay feminidad. Porque no se ha llegado al plano de la identificación materna y por otro lado, es decir, nosotros vemos que tipo de registros de identidad va a generar a través de esta identificación materna, cuando la madre es una idiota y a veces da ganas de sacársela de la vida porque ahí vemos que realmente la patología es brutal. Entonces ahí podemos entender lo que a veces son dos niñas, es una madre niña también, que no ha podido llegar a la maternidad, a ser madre de la hija.

Entonces evidentemente no hay un buen registro con la hija y la hija tampoco va a conocer a su madre. Entonces ahí vemos que el conflicto es muy fuerte y entonces trabajamos también muchas veces en terapias individuales con la madre y también terapias de pareja. Entonces nosotros vamos a ir pescando que cada terapeuta trabaje esos puntos.

6.- En el tiempo contemporáneo, el sujeto tiene una tendencia a la satisfacción inmediata. ¿De qué manera usted encuentra reflejada esta tendencia en desórdenes como la anorexia o las adicciones?

Bueno, esto lo vas a ver en la bulimia. En la anorexia no, o sea en la anorexia, la satisfacción estaría dada en lograr la destrucción, al contrario. En la bulimia la satisfacción está más aquí dentro de las adicciones, la bulimia. Aunque, el comportamiento restrictivo muchas veces es un comportamiento adictivo.

Hay una tendencia a la repetición, mantener la restricción. En cambio, aquí hay la estructura es mucho más parecida a la adicción y la bulimia. Que es mucho más primitivo que en la anorexia, porque aquí en la satisfacción inmediata, vemos el, yo veo la satisfacción que obtenemos con los objetos que compramos, por ejemplo, ¿no cierto? En el caso de la bulimia es lo mismo, ¿no cierto? Es decir, hay un nivel de ansiedad tan alto, que la paciente busca llenar algo, la persona busca llenar algo, de una forma inmediata.

Entonces y nuestra sociedad es así también, es una sociedad que alimenta la bulimia, al ser una sociedad de consumo, la bulimia consume, pero a la vez la sociedad también es bulímica, porque también restringe. O sea, te da y te quita, por ejemplo.

La satisfacción está en eso, en lograr el control. Controlar el hambre, controlar el deseo, por eso aparece una carencia del deseo.

7.- El sufrimiento de la anorexia está puesto en el cuerpo. ¿De qué manera puede la psicoterapia intervenir en ese sujeto que tiene hacia la muerte?

Generalmente, lo que aparece primero, son las punciones, a través de la agresión. En tendencias auto agresivas. Es la autoagresión, generalmente es donde podemos empezar a trabajar cuando llegan los pacientes, para poder procesar en el sistema.

A través de lo que le duele, de lo que sufre. Esto se ve, por ejemplo, en la anorexia no tanto, en la bulimia, las mutilaciones, es decir los cortes. Pero por ejemplo la forma de restringirse. Yo tengo una paciente que, por ejemplo, para comer, que es lo que hace. ¿Comía lechuga no?, con salsa de tomate y lo ponía 6 minutos en el microondas y se comía esa cosa chamuscada. La paciente era anoréxica, entonces ella empezó a ver qué es lo que comía, porque tenía que quitarle tanto los nutrientes y la posibilidad de que engorde, que tenía primero que pasarlo por el microondas, comía carbón. Entonces, por ejemplo, lo que

le hace al corazón, lo que le hace a su cuerpo, a su piel, lo que le hace a su cabello. Esta otra paciente por ejemplo tenía huecos en la cabeza, se le caía el pelo.

Se está dañando el cuerpo, que lógicamente al principio no lo ve ¿no? Ahí empezamos a trabajar, por ejemplo, empezamos a trabajar el tema de la muerte. Y en otros casos ya hay un deseo de muerte súper evidente, explicito, manifiesto generalizado de querer morir.

Claro ella pasó por periodos que quería morirse. Pero yo eso no lo vi, no estuvo presente al momento que ella estuvo conmigo. No siempre, generalmente cuando el paciente está en la terapia los deseos de muerte disminuyen muchísimo. Porque, la mayoría de las veces como podemos empezar a trabajar rápido, hay pacientes que son mucho más resistentes y la familia no ayuda en nada y dejan el tratamiento.

Lo que está haciendo con su vida, con su cuerpo, tener que llegar a internarla, realimentarla. Porque ella no se puede alimentar por sí misma, dejándose morir. Entonces que le metan las sondas por la nariz, el que tenga que tolerar todo eso, porque, encima de eso, como está con tan bajo peso no se le puede anestesiar. Entonces estas sondas se las tienen que ponerlas en crudo, y las sondas hay que cambiarlas no puede tenerlas durante mucho tiempo, se corre el riesgo de infección. Entonces, de someterse a todo eso, el tener que someterse a todo eso, todas estas cosas que se hacen por ella, como que a veces se deja. Pero no es que lo busques, entonces se está muriendo, entonces bueno, hay que utilizar estos recursos quiera o no quiera.

Lo que sucede es que a veces, algo que se manifiesta con más claridad, y yo creo que la diferencia está en la percepción particular de la familia, de los padres. Y al momento en que los padres deciden consultar. Entonces, cuando tenemos a padres que detectan la enfermedad a los inicios, de su cuerpo, entonces es donde el índice de masa corporal no es tan riesgoso. Entonces tenemos más herramientas, podemos trabajar con más tranquilidad. En cambio, hay otros procesos en donde el diagnostico llega a nosotros o viene de otros tratamientos. A veces nos llega a nosotros ya en un estado de alto riesgo, ahí es donde se ve como más crudo y se puede trabajar, como este paciente llegó a este punto.

ANEXO 5: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA
(PSISCÓLOGO CLÍNICO DE CLÍNICA NOOS: PSIC. GONZALO RODRÍGUEZ)

1.- ¿Cuál es la demanda con que llegó su paciente a la Clínica?

Más bien era una demanda compartida entre su madre, quien es la que se da cuenta de esta cuestión muy restrictiva en cuanto a su alimentación y la impresión que le costaba el deterioro físico que ella tuvo. A la par, una persona con la que ella trabajaba, que entre ambas personas que coordinan la visita a la institución. Entonces la demanda viene más bien de su madre y es la persona que escucha a esta madre, su angustia por ver la situación alimenticia y sobre todo el desgaste físico en cuanto a la imagen de la paciente.

- Sitúa los antecedentes preliminares de la paciente en la institución

Como decía yo, viene traída un poco, viene a regañadientes digamos no, viene limitándose, viene frenándose, pero accede a seguir por la presión de su madre y su padre a una evaluación que llamamos en esta institución. Y bueno, de todas maneras, si bien se muestra resistente a hablar de lo que le pasa. Yo percibía que ella tenía mucho la fantasía que al llegar a esta institución le iba a quitar su desorden o sea le iba a quitar su síntoma, por decirlo así. Entonces lo que más le asustaba a ella era esa parte. Sentir que iba a un lugar donde se le iba a quitar ese hábito, esa dinámica, esa forma que ella había encontrado para vivir, en cuanto a su alimentación y su cuerpo. Sin embargo, cuando se le mención a ella y se trabaja con ella el tema de que no es una cuestión que se le va a quitar esto. Al menos de la noche a la mañana, pero sin embargo había que hacerle frente. O sea, pero que tenía que trabajar directamente sobre el síntoma. Es decir, con cuestiones de soportes alimenticios, un asesoramiento nutricional. Se le planteó también que esto era progresivo y en la medida en que ella lo vaya decidiendo y le sea fácil.

2.- Comprendiendo la anorexia como un desorden, ¿a qué causas socio-culturales y familiares responden en esta paciente?

A ver, en esta paciente, creo que el tema de la dinámica familiar es crucial, como para ir después leyendo lo que sucede. Tiene una estructura familiar, en términos técnicos. Está conformada una madre, un padre, la paciente que es la hermana mayor de dos hermanas y su hermana menor que le lleva dos o tres años de diferencia. Lo que me llamó la atención mucho a nivel familiar en este caso, es el tema de que la madre era muy

absorbente, muy demandante con ambas. A ratos parecía que la familia eran únicamente las tres mujeres. Y el padre era bastante periférico, bastante distante de las interacciones con las hijas. Era ni siquiera un padre proveedor, era un padre alcohólico, que un poco le costaba mucho hacerse cargo de su propio deseo, de su propia vida. Y le costaba mucho consolidar una familia, la madre de esta familia a veces parecía la madre de todos. Entonces era como un matriarcado muy potente.

Entonces creo esa dinámica es mucho lo que define, en este caso en particular había algo muy llamativo, muy especial, muy específico que era la relación entre las dos hermanas. La hermana de esta paciente también tenía, por decirlo así una cuestión bastante depresiva con muchas cuestiones de acting out, con muchas cuestiones así de cortes, de tomar pastillas, con muchas cuestiones así. Y a lo largo del trabajo que yo pude hacer con esta paciente, me llamaba la atención que era como que se armaba una especie de competencia por la atención de la madre. De esta madre que ya no sabía qué hacer con sus dos hijas, había una rivalidad importantísima entre ambas hermanas. Y yo diría que esa rivalidad por la madre es un poco la que definió el caso.

Socioculturalmente como me preguntabas, creo que como la mayoría y ahí si generalizo un poco de casos de anorexia que yo he tenido la oportunidad de trabajar tienen este gatillo, de estos ideales de imagen con la mujer actual ideal, que es un poco esta modelo: alta, flaca, delgada, rubia. Y que si bien fue un factor que a ella le gatillo esta cuestión. Digamos le impulsó para su restricción con el alimento, ¿pienso que si fue un tema que jugó no? O sea, no es lo que define el caso, pero si es un tema que de alguna manera da molde y propicia.

4.- A partir de su experiencia clínica, ¿considera usted que existe una tendencia al goce, es decir, una transgresión de la norma y del estatuto de lo simbólico, en que se inscribe el desorden de la anorexia?

A ver, creo que seguro como todo tipo nos determina aterrizando o como llamando, con ciertos goces ¿no? En este caso creo que el goce que esta paciente tenia estaba mucho en el tema del logro que ella sentía con su restricción, lo sentía como batalla ganada. Mientras más su madre le imponía que coma, ella más se restringía y yo si pienso que había un goce ahí instalado, en esta ganancia que ella tenía de restringirse de este logro, del ayuno. Incluso, no sé si necesariamente decirlo masoquista a nivel estructural, pero si había

un goce masoquista en el sentido de lo que lograba también restringiéndose, del ayuno, el sentir su cuerpo al límite ¿no? Su cuerpo al límite de agonía por hambruna, o sea por hambre ¿no? Y mucho del goce en el control, ¿sí? En el supuesto autocontrol que ella tenía por con no alimentarse. Ella en algunos episodios, del trabajo que yo realice con ella, también se auto agredía a veces. No solo con cortes, no solo a nivel físico, sino muchísimo con reproches, creo q también había un goce en este reclamo que se hacia ella mismo, que muchas veces caía en culpa.

También por este tema como yo señale antes, en la relación con su hermana, un goce del lado de la ganancia que tenía frente a ella. Yo estoy ganando, porque de alguna manera yo soy la que está enferma, sobre mi están trabajando, yo estoy implicando a toda la familia.

Entonces creo que yo vi de alguna manera algunos goces ahí. También el goce en la imagen del cuerpo, el sentir que están al límite. Pero lo interesante en ella y en muchos pacientes, también es que no están conformes con como están. Entonces yo creo que ese ejercicio del pretender acercarse a esta supuesta imagen ideal, a la que quisieran llegar, es el mayor goce que ella tenía. O sea, el casi, el casi del ya mismo llego. Que es un poco cuando, que son los episodios más peligrosos. Porque cuando esto está más álgido, es donde más riesgo de vida hay con esta paciente, en general de los pacientes con anorexia. Cuando están tan aferrados a esta idea, de estar tan cerca de esta imagen. Que ella estaba convencida de que algún momento la iba a alcanzar. Pero dejando de lado muchos criterios de realidad, lo que estaba en juego también.

5.- Tomando en cuenta la teoría psicoanalítica, ¿de qué manera considera que se ve implicado el cuerpo, en este desorden?

De principio a fin ¿no?, porque creo que es un cuerpo que habla. En esa medida siempre va a estar ligado al cuerpo ¿no? Entonces creo que todo el tiempo está ligado al cuerpo. Pero, por ejemplo, a mí me llama mucho la atención, articulándolo bastante con la teoría psicoanalítica, como juega el tema de la feminidad ¿sí? De una feminidad que es rechazada constantemente, que es intolerable, que es intolerablemente al paciente. Ella, por ejemplo, ella relacionaba subir el de peso, entre comillas engordarse. Con una cuestión de que sus senos iban a crecer, de que sus caderas iban a ensancharse. Es decir, que iba a tener el cuerpo de mujer, y de un cuerpo que iba a ser vista por otros.

No quería sentirse deseada por nadie, bueno no por nadie, por ningún hombre al menos, ni por ninguna mujer, al nivel sexual. Sino que era una cuestión de bloquear la mirada, la posible mirada de un hombre hacia ella ¿sí? Incluso al punto de usar vestimenta muy ancha, con la fantasía de que cubra más su cuerpo. Con la intención y la fantasía de que mientras más ella protegía su cuerpo de ser observado, iba a ser menos deseada. Eso, por ejemplo, es algo que a mí siempre me llamó la atención, como ella protegía mantenerse como asexuada ¿sí? Como una pseudo mujer, o sea que no toleraba ese cuerpo que le había tocado, ese cuerpo que tiene. Ese es un elemento que me llamó mucho la atención, de igual manera, a nivel de su cuerpo ella bloqueaba y negaba mucho su propia sexualidad. Me parecía un tema que no le interesaba, que no le llamaba mucho la atención en lo absoluto conocer a un hombre, o una mujer para entablar una pareja, rechazaba totalmente la sexualidad.

Entonces ahí ves mucho como se articula el tema de la restricción, la restricción como un tema del cuerpo que voy a tener, y por ende que nadie va a luchar. Como que no era posible para ella, como que era algo a lo que no podía acceder, ella no podía acceder a su sexualidad, la rechazaba, la negaba. Yo creo que ese tema, en este caso en particular era muy marcado. Me llamó mucho la atención y lo articulaba mucho con la teoría psicoanalítica en cuanto a las pulsiones, al cuerpo, a la feminidad, de lo femenino, a la mirada, al ser deseada o no. ¿Sí?

6.- En el tiempo contemporáneo, el sujeto tiene una tendencia a la satisfacción inmediata. ¿De qué manera usted encuentra reflejada esta tendencia en desórdenes como la anorexia o las adicciones?

Creo que, si juega un papel importante, porque si bien se habla que la anorexia ha existido, hay registro desde los griegos, si no me equivoco, desde los egipcios. De casos de anorexia, no cierto, de restricción, de esta cuestión del cuerpo y todo. Pero si creo que es un fenómeno que en la posmodernidad tuvo un boom, fueron síntomas o rasgos que se empezaron a manifestar mucho más en las últimas décadas. Entonces creo que de seguro eso nos sugiere algo con, por ejemplo, la nueva economía psíquica que plantea Melman y yo creo que tendría que ver por ejemplo en el sentido de esto, de jugárselo por el todo, todo el tiempo. Esto de buscar a cualquier precio, es a cualquier precio. O sea, al precio de no alimentarme, al precio de poner en riesgo mi vida. Todo con tal de tener este supuesto cuerpo, que cuando lo tenga todo va a estar bien. Particularmente en la anorexia juega así,

en las adicciones quizás tenga otro color. Pero también es el tema del exceso y una como negación a la castración, ¿no cierto? Una cuestión de no querer asimilar la falta, de no querer asimilar estar inscritos en el lenguaje, de recorrer el deseo. Sino más bien, de mantenernos del lado del goce. Entonces creo que seguro es un poco cómo está la cuestión ahora, la ciencia, los discursos, el capitalismo. Un poco el todo, el sí se puede, si se puede tener la felicidad, en realidad, como la completud. Creo que es un discurso que propicia que las cosas se vayan del lado del goce y no se mantengan en ese lado del deseo.

7.- El sufrimiento de la anorexia está puesto en el cuerpo. ¿De qué manera puede la psicoterapia intervenir en ese sujeto que tiene hacia la muerte?

Creo que es un tema de la lógica del síntoma mismo, creo que se puede articular con una cuestión moebiana en el sentido de lo que decía tu pregunta, o sea, de cómo el gozar a cualquier precio. También puede irse del lado del sufrimiento, también ¿no? Todo el tiempo, creo que, así como se goza se sufre. Creo que van de la mano, ¿no es cierto? Entonces creo que, de acuerdo para entender estar de lado, del todo, del mundo de la completud, va a tener esa fractura, seguro que es el sufrimiento.

Tal vez en las adicciones, el sostén de la droga, brinde ese sostén en el consumo en sí. En la anorexia tal vez el beneficio de mantener la restricción, de estar a la espera de ese cuerpo. De esa lucha por bajar, y de cuando lo tenga justamente lo que sostiene, pero a la par se escucha en las pacientes un sufrimiento. No es una posición tan completa, como en ella se esperaría.

A ver, creo que el espacio de la psicoterapia de por si es complicada en este tipo de casos. Muy complicada, justamente por el riesgo físico, orgánico, que está de por medio. Porque en casos muy, muy graves, muy importantes, primero se necesita hacer una rehabilitación física. Una internación en ciertos casos, en donde la mente se adapta incluso cognitiva, neurológicamente. Que esté con condiciones para poder hacer un trabajo clínico, entonces de por sí es un trabajo complicado. Pero pienso que cuando está en curso el trabajo, cuando Es factible el trabajo, cuando la paciente tiene el deseo de trabajar lo que le está pasando. Igual la mayoría de interpretaciones tienden a rebotar, ¿sí? Pero lo que ha sido eficaz con estos pacientes, no a nivel de protocolo ni a manual de psicoterapia con pacientes con anorexia.

A mí con ella, lo que me servía mucho era señalarle mucho las posiciones polares, en las que ella se ubicaba. Se ponía muchas veces en extremos de o bueno malo, o gorda flaca, o blanco o negro. Y creo que señalar un poco esas posiciones extremas, de un lado al otro, le permitían a veces acercarse a tierra. Ubicarse en otras posiciones es de la que no puede salirse, o lo uno o lo otro, justamente lo que le costaba a esta paciente era sostener sus deseos. Su deseo estaba sostenido en sostener su anorexia y no veía otra posibilidad. Entonces, señalarle a ella las otras posibilidades que podían haber, de alguna manera reafirmar en ella el hecho de que puede hacerse cargo de su deseo y no solo de su únicamente en su cuerpo, en el control de la alimentación. Sino en otros aspectos de su vida también era lo que de alguna manera podía hacer un corte en esto. Y creo que el corte principal, a la final con ella, fue mucho trabajar la relación con su madre, muchísimo trabajar la relación con su madre.

Incluso en este caso de la paciente, en muchos casos del paciente con anorexia, es casi necesario incluir a la madre en el trabajo, que la madre también realice algún trabajo psicoterapéutico. Sobre todo, en pacientes muy jóvenes, que viven con la madre, el vínculo la verdad corcha muchísimo el trabajo. Si no hay un trabajo con la madre, que un poco la madre tome distancia, que ella misma haga el corte con su hija. Entonces creo que el corte en psicoterapia también va de lado del trabajo con la madre. Y trabajar con la paciente el vínculo que tiene con ella, esta carga de esta cuestión absorbente, en que esta paciente cayó. Y de trabajar mucho esta rivalidad que había con su hermana. Hacer corte con eso, ser muy firme con ella, sacarla de esta posición de pelea de pelea con la hermana. De que regrese a ver su propio deseo, de que se salga de esta imagen familiar de las tres y quien se queda con su madre. Hacer corte sobre ese tema es lo que a ella le permitió moverse del lugar que estaba.