

162
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANOREXIA NERVOSA: SOBRE EL CUERPO
HISTORICO DE CINCO HISTORIAS DE VIDA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
HELENA MALDONADO GOTI

DIRECTORA DE TESIS: DRA. FATIMA FLORES PALACIOS.



MEXICO, D. F.

257381

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANOREXIA NERVOSA: SOBRE EL CUERPO HISTÓRICO DE CINCO
HISTORIAS DE VIDA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

HELENA MALDONADO GOTI

DIRECTORA DE TESIS: DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS

SINODALES:

LIC.MA.ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

LIC. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL

LIC. BERENICE MEJÍA ITURRIAGA

LIC. CLAUDETTE DUDET LIONS

MÉXICO, D.F. 1998

*-a mis padres, porque siempre y a pesar de
todas las tempestades, se han
mantenido firmes y a mi lado.*

PREAMBULO

Muchos son los personajes que me han inspirado a realizar este trabajo. Desde mis primeros maestros hasta mis más allegados compañeros, con quienes en más de una ocasión he discutido algunos de las ideas que forman este escrito. También muchos han sido los guías a quienes les agradezco profundamente su confianza en mí. La lista es interminable, pero resulta imposible no hacerlos parte del resultado de años de trabajo, puesto que ya desde antes son parte de éste.

Así pues, agradezco en primer lugar a mi madre por enseñarme la entereza y fortaleza necesaria, a mi padre porque no cesa de recordarme que la vida todavía es muy larga y por brindarme su eterno apoyo, a Kora por ser mi eterna compañera y porque siempre y a pesar de todo, me ha recordado que los sueños sí pueden ser realidad, a Hans quien alguna vez fue mi compañero y quien permanecerá siempre en un lugar muy especial de mi corazón, a Héctor y Lupita por su cariño, a Cristina por ser la más fiel de las amigas y con quien he platicado de éstos y otros temas de mutuo interés y cuyas ideas han nutrido de manera fundamental este texto, a mis hermanos Santiago y Emiliano, a Gaby por ser una ferviente y entusiasta amiga en los momentos más difíciles, a Marco y José Manuel por brindar un hombro en donde secar mis lágrimas, a Samantha quien es mi nanuá, a Fátima por haberme iniciado en estos caminos, a Salvador Rocha por su amistad y la motivación que ha despertado en mí, a la clínica de anorexia en general por permitirme trabajar con ellos, a Marisela por irradiar siempre confianza y entusiasmo, a Eri porque en el fondo siempre me recuerda la esencia de las cosas, a mis compañeros de los seminarios porque suscitaron nuevas inquietudes y sobre todo a las pacientes de la clínica de anorexia quienes son las principales creadoras de este trabajo.

INDICE

	<i>página</i>
Introducción	6
Planteamiento del problema	7
Capítulo I. Análisis histórico de la anorexia	
a. Los primeros diagnósticos	13
b. Histena y anorexia	22
c. La Herencia histórica en la actualidad	28
Capítulo II. Propuesta psicoanalítica: la anorexia como un síntoma	35
Capítulo III. El Método	38
a. Historia Oral	42
b. Antecedentes de la historia oral	43
c. Algunas características de la historia oral	44
d. El lugar	48
e. Muestra	49
f. Procedimiento	50
Capítulo IV. Historias de vida	52
Capítulo V. Análisis de las entrevistas	70
a. Permanencia y cambio	71
b. Ejes temáticos	80
c. Contenido de los ejes	82
d. Fortosía	135

Conclusiones
Bibliografía

140

146

Introducción

En los últimos años, la anorexia se ha convertido en una entidad nosológica que ha cuestionado las diversas teorías desde sus fundamentos.

En realidad son pocos los estudios que se han realizado en México, pero eso no quiere decir que la anorexia no sea un motivo importante de estudio en el resto del mundo. Más aún, las publicaciones, en los últimos años, son avasalladoras y los esfuerzos por encontrar la razón de ser de la "anorexia" son intachables. Sin embargo, consideramos que ante este bombardeo de información, pocos son los estudios que se cuestionan desde las raíces, lo que implica la condición anoréxica, sin dejar de lado la posibilidad de que la anorexia como enfermedad en sí no existiese, sino que posiblemente con lo que nos enfrentamos es con los múltiples caminos creativos de un sujeto para representar su cuerpo, conformarse una identidad y anclarse así en una sociedad.

Esta fue una de las razones por las cuales quisimos investigar qué había detrás de la queja de un sujeto clasificado como anoréxico.

Más allá de los enfoques causalistas que pretenden encontrar una causa exacta de la conducta de "no comer", quisimos dejar que los pacientes mismas nos relatarán su experiencia, construyeran así su historia, y nos ofrecieran en el cuerpo histórico de su discurso, los posibles ejes que pudieran servir en subsiguientes investigaciones.

La nada nos abate, nos abruma y
nos sentimos tentados a dar a lo que
adivinamos en sus tinieblas, el poder
de dominarnos.

-George Bataille

Planteamiento del problema: La anorexia y su definición

Desde que Lasague y Gull en 1873 le dieron nombre al extraño síntoma de no querer comer, múltiples han sido las explicaciones que se han formulado. Se argumenta que la anorexia es el resultado de alguna disfunción orgánica o que tiene que ver con alguna estructura psicológica. Se ha pasado de la hipótesis a las imágenes distorsionadas del cuerpo, pero "la verdad" no cesa de escurrirse de las manos de los diversos investigadores.

Creemos que nos encontramos ante una forma de sobrellevar la existencia que permite a estos individuos expresar tal vez "lo inexpresable", mediante la condición anoréxica.

Nuestro interés más allá de encontrar una razón causal para la anorexia, radica en la escucha del sujeto que padece anorexia. Nuestro objetivo es ubicar este síntoma dentro del contexto histórico; intentar darle un sentido al aparente sin-sentido de la queja anoréxica.

Las historias de vida que conformarán el esqueleto conceptual de esta investigación, ofrecen un amplio panorama en relación a cómo alguien evoca, en un determinado momento, lo que cree ser.

Así pues nuestro trabajo se enfocará a rescatar la experiencia de las anoréxicas como 'anoréxicas', en relación a su cuerpo, su historia, su género, es decir, el ser mujeres. Sin olvidar las relaciones que estas categorías pueden tener con el cuerpo físico.

Consideramos que el relato autobiográfico es una manera de lograr una visión particular, de lo que para ellas pueden significar, las categorías antes mencionadas, en el entrelazamiento de la subjetividad y el medio ambiente, es decir de lo interno con lo externo.

Este estudio surgió como parte de una línea de investigación dedicada a los estudios de género. En un principio, nos planteamos la posibilidad de que la anorexia fuese una condición "femenina", pero quisimos dejar que las pacientes nos relatarán sus historias libremente. Así pues, poco a poco nos fuimos adentrando en el terreno propio de la subjetividad.

Conforme se entretajeron las historias, nos dimos cuenta de lo difícil que resulta hacer generalizaciones en este tipo de estudios. Por lo tanto, nuestra hipótesis inicial quedó un poco al margen del proyecto para abocarnos mejor a los temas que las propias pacientes fueron tocando.

El objetivo principal de este estudio radicó en rescatar lo que un sujeto dice que le perturba y ubicarlo en su propio cuerpo histórico con el fin de permitir fluir todo aquello que en ocasiones como investigadores nos impedimos observar, por tener formulada una teoría a priori al acercarnos al mismo fenómeno. Además que el apoyar teorías sobre conceptos (como el de anorexia) resulta débil, ya que ni siquiera, como veremos más adelante, está definido el concepto en su totalidad.

Por ejemplo, una de las pacientes diagnosticada con anorexia nervosa primaria comienza a relatar su historia de la siguiente manera:

'Pues primero empiezas como con un afán físico, pero como que es una obsesión todo: el no querer comer. Pero yo al principio nunca sentí ¡Ay estoy gorda! y quise bajar. Claro que sí engordé algo, pero nunca fui gorda. Lo más que llegué a pesar fueron 49 kilos, pero pues fue: ¡Ay no!, quiero estar un poco más delgada' y no fue de querer llegar a un peso y quedarme ahí, sino que: '¿Sabes qué? quiero bajar más'. Y hubo una época en que aunque me digan que me veo mal, que estás mal, no me importa. Aunque me digan ¡Ay estás flaquísima!, ¡Ay, que horror!' no me importa en lo más mínimo, y como que yo les digo: 'Ay, ojalá que ya se acabara no?', pero no puedo. Lo que yo digo y quiero hacer, no coincide con lo que yo hago'

De este pequeño fragmento, podemos formularnos varias preguntas, en relación a M., a la anorexia, a su vida, a su malestar, a su peso, a su insatisfacción, a la manera en que relata su historia, etc. Pero, ¿Desde dónde situarnos para escuchar este discurso?, ¿Cómo entender que M. quiere y no quiere ser anoréxica?, ¿cómo entender que M. no se conformó con bajar unos cuantos kilos y quiso bajar más?

Cuando M. habla, ¿a quién se dirige?, ¿Quién habla? y ¿De qué nos habla? Incluso, podría este fragmento poner en cuestión el tan trillado discurso de cualquier mujer moderna que se preocupa por su peso, y entonces ¿es ella, la mujer moderna anónima, una anoréxica?, ¿Cuándo una persona cruza la 'barrera anoréxica?', ¿cómo y en base en qué podemos definir la anorexia?

Uno de los objetivos de este trabajo consiste, precisamente en problematizar, desde sus raíces más profundas, esta condición. Para que de esta manera, podamos acceder al aparente velo de simpleza que cubre a la queja de la anoréxica, con respecto a su decisión de no comer.

En realidad, poco sabemos de las causas que llevan a una persona a dejar de comer, la pregunta de: ¿Cómo y en qué momento alguien ha dado el paso de preocuparse por su peso a ser anoréxica? es una pregunta que se ubica en el lugar que ocupa el síntoma anoréxico en la historia personal de un individuo. Permite establecer un corte, es decir un punto de quiebre para situar la condición anoréxica en el tiempo. Nos permite también, vislumbrar cómo algo tan cotidiano y natural como el comer, se conformó en su regación en la base del síntoma, permitiendo así que alguien se conformara una dentada anoréxica.

Cuando se habla de anorexia, inevitablemente se piensa en la definición común de diccionario que dice que anorexia es **falta de apetito**.¹ Pero si buscamos las raíces etimológicas de la palabra anorexia nos encontramos que nos remite a la medicina hipocrática y está compuesta por un prefijo de negación que en latín aparece como in y un verbo que significa alcanzar, expandirse, tocar, tomar consigo, encargarse de, tener, ofrecer, dar, expandirse de gozo, desear a alguien. ¿Tendrá la anorexia algo que ver con el no tocar, no tomar consigo, no desear a alguien, no expandirse de gozo, etc.?

Autores como Kaplan y Sadoch, B. J. definen la anorexia como un "Trastorno de la conducta alimenticia, caracterizado por limitaciones dietéticas autoimpuestas, conducta dirigida a la pérdida de peso, intenso miedo a recuperar el peso, alteraciones de la imagen corporal, y en las mujeres se presenta amenorrea."²

Uno de los abordajes más frecuentes en relación a la anorexia lo constituye esta forma de pensar la anorexia como una serie de conductas que hay que cambiar, a modo de educar adecuadamente a la anoréxica a aprender a comer "bien", visión profundamente ingenua que no hace más que reducir la condición anoréxica a una serie de conductas verificables y observables. De esta manera el DSM IV define la anorexia como:

¹Diccionario Oceano.

²Kaplan y Sadoch.(1971) Synopsis of Psychiatry.Library of Congress.

- I. Negación para mantener el peso corporal en o por encima del peso mínimo considerado como normal , según la edad y la estatura.
- II. Miedo intenso a subir de peso o a volverse gordo, aún cuando se encuentra bajo de peso.
- III. Trastorno en la manera en que experimentan el peso y la forma corporal, además de una alta vulnerabilidad para valorarse dependiendo del peso corporal o negación de la seriedad del peso corporal actual.
- IV. En mujeres postmenárquicas, amenorrea, esto es la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.³

Indudablemente que las descripciones propuestas por el DSM IV, son útiles en la medida en que ofrecen al observador un parámetro de normalidad. Útil sólo en la medida en que se tenga como meta y no como medio el clasificar. Pero, nos parece que la normalidad solo ofrece eso: parámetros, más no nos permite profundizar en el tema de la enfermedad.

La enfermedad y la muerte, significan la existencia del hombre de manera muy particular. Ocupan el lugar de la ruptura y el vacío, el lugar de los límites del saber. Constituyen el recuerdo de la mortalidad humana y del tiempo. Discurren a lo largo de nuestras vidas, permitiendo la movilidad de nuestro cuerpo y de nuestro ser, para encontrarlas inevitablemente en algún momento.

Desafiar la muerte, tal vez constituya el mayor anhelo humano, por eso la ciencia se ha dedicado tanto tiempo al estudio del cuerpo humano, así como de sus formas de enfermarse y de morir.

La clasificación, a la que es sometida una persona que deja de comer, toma como punto de partida su inclusión en lo que se entiende por enfermedad

³ American Psychiatric Association. (1994) DSM IV. Library of Congress.

La manera cómo se piensa el sufrimiento y la enfermedad, necesariamente conlleva a una forma de aprehender el ser humano. Es decir, la concepción de enfermedad tiene como sustento, la manera en la cual el hombre se concibe a sí mismo.

Suponer que la enfermedad es una entidad única y cerrada, es como pensar que todos los cuerpos y todas las mentes son iguales, y esto nos parece un error, pues algo que caracteriza al ser humano, es ser un individuo, con una particular manera de pensar, de vivir, de hablar y de actuar, y por lo tanto, existen ciertas generalidades y conductas que podrían distinguir una enfermedad, más no existe una sola forma de enfermar sino muchas. La enfermedad se enclava en la vida del sujeto como un acontecimiento personal y no como una condición anormal, que existe a priori y sucede súbitamente.

Una manera de unir la teoría con la práctica, desde principios de siglo ha sido la clasificación. Esta, en relación con los síntomas y con las enfermedades obedece a una necesidad por ordenar y comprender.

El problema de la clasificación con los seres humanos, es que al clasificarlos se transforman, es decir, no hay clasificación sin efectos en los objetos clasificados (en el caso de los humanos). Esto hace que los enfermos se consideren como tales. En el caso de la anorexia, por ejemplo es muy evidente que las anoréxicas se dicen y se visualizan como "anoréxicas" en la medida en que se han creado una particular identidad que les permite sostenerse y seguir adelante. Se han creado una particular manera de vivir en torno de la comida, han resignificado su existencia en torno de su síntoma. Se han incluido en un mundo que gira en torno al "pesar" determinados kilos o sentirse livianas o llenas.

De esta manera nos damos cuenta de que la enfermedad en tanto que individual, se liga, por un lado a lo que se conoce como entorno y por otro lado, con el sujeto mismo creando una particular forma de ser.

La propuesta de este trabajo gira en torno de suspender las etiquetas y las clasificaciones que encasillan y estereotipan la anorexia como una serie de conductas ahistoricas, sin dar lugar a la importancia del proceso sintomático del paciente. Es decir, sin escuchar lo que un sujeto que supuestamente es anoréxico dice que le molesta, dice que le perturba. Lo cual nos remitiría a una particular y única manera de construirse una realidad, en otras palabras entraríamos en el ámbito propio de la historicidad individual.

Si tomamos en cuenta lo dicho anteriormente: ahora entendemos que en realidad no existe una permanencia y una inmovilidad con respecto a la anorexia, más bien existe la anorexia como síntoma particular de un sujeto conformado de una manera también muy particular. Si esto es así, entonces, la anorexia podría plantearse como el resultado del devenir psíquico e histórico de un sujeto determinado. Así, el síntoma que cree un individuo que come nada, representa un corte específico en el devenir de un sujeto en el tiempo.

Es este planteamiento, precisamente el que gestó la idea de considerar la importancia de la historia tanto de la anorexia como de las, consideradas anoréxicas. En el presente trabajo se pretende establecer un lazo entre el concepto de sí mismo de un sujeto o de lo que en un momento particular puede decir de sí mismo, con algunos aspectos teóricos de carácter psicoanalítico.

Se consideró necesario no dejar de lado el hecho de que es importante tomar en cuenta lo que se entiende actualmente por anorexia en relación con un devenir histórico de la misma a lo largo de la historia de la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis.

CAPÍTULO I. ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA ANOREXIA

a. Los primeros diagnósticos de anorexia

Al rastrear los primeros diagnósticos de anorexia, nos encontramos con Lasegue, quien a principios de siglo, trató de darle forma y seguimiento a las conductas características de la anorexia. Lasegue (1873) es considerado como el precursor del concepto de anorexia.

Canguilhem (1966) define un precursor como un pensador de muchas épocas. Por lo tanto, el precursor sería un pensador a quien el historiador considera que puede extraer de su marco cultural para insertarlo en otro. Lo que significa considerar que los conceptos, los discursos y los gestos especulativos o experimentales, pueden ser desplazados o reubicados en un espacio intelectual en el que la reversibilidad de las relaciones se ha obtenido mediante el olvido del aspecto histórico del objeto que se trata. Así que no podemos hablar de Lasegue independientemente de la época en que gesta su pensamiento, de las corrientes que predominaron en el saber médico en el que laboró. Las críticas tienen que ser hechas desde las coordenadas donde se elaboraron las mismas concepciones. Lasegue habla de anorexia, en 1873, época que se caracterizó por encontrarse principalmente ante el enigma de la histeria.

Casi siempre se habla de Lasegue, porque fue de los primeros junto con Gull, en Inglaterra, que diagnosticaron propiamente anorexia primaria. Sin embargo, encontramos ya casos de anorexia mucho antes de que estos dos precursores hablen de ella. Consideramos que Lasegue, es una figura particularmente importante porque se sitúa en una época crucial para el conocimiento psiquiátrico y psicoanalítico.

Guillemot y Laxenere (1983) hacen un recorrido histórico de los casos de anorexia. Según estos autores, el primer caso de anorexia que se tiene registrado es de un joven príncipe que se está muriendo por negarse a comer. De este acontecimiento se tiene fecha del Siglo XI de nuestra era. Es atendido y curado por Avicena.

Por otro lado, más adelante, los autores mencionan a Catalina de Siena, quien asegura que ve a Jesús vestido de blanco. Este le sonreía, rodeado de varios santos aureolados de rayos luminosos. De esta manera Catalina renuncia a la comida. Es decir, por orden divino. La anorexia, no propiamente considerada como una enfermedad, es asociada más bien con un mandato divino y refleja una capacidad de renuncia y abstinencia, lo cual demuestra la devoción de la anoréxica por Dios, por lo sagrado y por lo divino. Dice Guillemot, que "Catalina tiene un deber, el de privar su cuerpo de cualquier placer de cualquier satisfacción, su salud a sus ojos mejorará y ella no podrá ante esta sorpresa hacer otra cosa que lograrlo."⁴

Más adelante en el siglo XVII, Morton sugiere la existencia de la anorexia, aunque se limita a muy pocos casos.

En general, podemos decir que se habla de anorexia, de diferentes maneras a lo largo de la historia. Por ejemplo, del Siglo V al Siglo XI, encontramos referencias a la anorexia, sobre todo en la literatura teológica, en donde es considerada como signo de elección divina, o como signo de posesión demoníaca. Del Siglo XI al XVI se comienza a dudar del modelo anoréxico por relacionarse con un fuego interior. Del siglo XVI al XVIII es considerada como resultado de causas sobrenaturales y es hasta entonces que los médicos como Lasegue, se empiezan a intrigar por semejante conducta.

A partir de que Lasegue y Gull, clasifican la anorexia como una entidad específica, se le intenta dar una explicación racional. Primero Lasegue quien la asocia a la histeria, simultáneamente con Gull, quien la asocia con un trastorno del aparato digestivo. Dice

⁴Guillemot y Laxenere (1983) Anorexia y Bulimia. México. Ed. Masson. p. 34

Gull: Podemos llamar al estado, histérico, sin comprometernos con el valor etimológico de la palabra. Yo prefiero, sin embargo, el término más general de "nervosa", ya que la enfermedad ocurre tanto en hombres como en mujeres, y es probable que sea más bien central que periférica...⁵

Después, se considera la alternativa endocrina como la explicación a problemas de este tipo, evidenciando la necesidad de explicar la anorexia por la vía orgánica. Después se retorna al modelo propuesto por Lasegue quien valora más los aspectos psicológicos de la enfermedad.

Como vemos existe una clara separación que surge desde cómo se visualizó la anorexia, en un principio. Desde Lasegue, principal exponente y sin saberlo defensor de la explicación psicológica y por otro lado Gull, quien se refugia más en la explicación orgánica.

Regresemos, a la época de Lasegue, que nos interesa por las consecuencias que tiene en nuestros días.

Lasegue, encuentra las diferencias y similitudes entre la anorexia y la histeria, mediante tres estadios:

- 1) Primer estadio: Simple rechazo de alimentarse, poco diferente al gástrico
- 2) Segundo estadio: Perversión mental aparece verdaderamente
- 3) Tercer estadio: misteriosa pasa a ser considerada enferma.

Con esta clasificación Lasegue pretende establecer ciertos cortes en el tiempo en relación al progreso de la enfermedad. El primer estadio remite a un simple fenómeno de no alimentarse, "poco diferente al gástrico", es decir que no hay propiamente una diferencia entre el primer estadio de la anorexia y cualquier otro tipo de enfermedad de tipo gástrica. El segundo estadio al cual él llama "perversión mental" es un estadio

⁵Citado en The Mount Sinai Group (1967) Why Anorexia Nervosa. N.Y. p.136

donde predominan las ideas obsesivas del paciente, que Lasegue como buen alienista apegado a la moral y la racionalidad, llama perversión mental. Es este estado el principal para Lasegue, ya que permite establecer un diagnóstico diferencial entre la anorexia y cualquier otro tipo de enfermedad orgánica. Las ideas, entonces adquieren un valor fundamental en la diferenciación, diagnóstico y tratamiento de la anorexia. Por último el tercer estadio, no muy claro en relación al segundo, tal vez únicamente en relación a la permanencia temporal de estas ideas en relación al rechazo a alimentarse, lo que hace que Lasegue conciba a la paciente como "propiamente una enferma."

Lasegue, diferencia la anorexia de la histeria sobre todo porque la anoréxica nunca acepta que está enferma mientras que la histérica sí. La anoréxica sabe muy bien cual es la solución a su dolor y la histérica no. Aunque lo paradójico es que llega a la conclusión de que la anorexia es finalmente anorexia histérica. ¿Por qué Lasegue a diferencia de Gull concluye que la anorexia es anorexia histérica?

Para dar una respuesta a esta pregunta, es necesario investigar un poco más a fondo qué se consideraba como histeria y por qué.

La histeria es hija de la locura. Es decir, hasta el S. XVIII, con el surgimiento de la psiquiatría, la histeria no era sino una forma de locura, una forma de la sin-razón.

Con Briquet, se comienzan a dar una serie de lineamientos característicos de la histeria, que se clasificaban esencialmente en tres encabezamientos:

- Los fenómenos prodrómicos de eclosión de la enfermedad.
- El estado mental habitual de la crisis.
- Las perturbaciones mentales ligadas al acceso."⁶

⁶Bercherie, P. (1988) *Genésis de los Conceptos Freudianos*. Buenos Aires. Paidós. p. 62

Todo esto basado en la clínica inaugurada por Pinel en donde la clínica se funda como disciplina autónoma, como ciencia pura de observación metodológicamente separada, con hipótesis etiopatogénicas y consideraciones prácticas y terapéuticas.

La locura para ellos era un género homogéneo en donde se situaban especies que se diferenciaban con base en la manifestación más ostensible del estado mórbido.

Con Falret, se critica la clínica Pineliana dándole énfasis a la evolución de la enfermedad. Así la locura dejó de ser un género para convertirse en una clase de enfermedad yuxtapuesta en lo que más tarde se denominaría clasificación.

Morel, más adelante enfatizará el carácter innato de la histeria. Según este autor, la histeria se manifestaba por: el predominio del temperamento nervioso y las neurosis capitales más individualizadas.

Dice Morel: **se hunden en las suposiciones más extravagantes, más falsas, más ridículas y más injustas...nunca exponen los hechos en su realidad, engañan tanto a sus maridos como a sus padres y a sus amigos.**⁷

Lasegue, retomará esta visión de la perversidad y mentira de las histéricas. Veremos, cómo más adelante Charcot combatirá esta visión.

Así pues desde este momento, la histeria poco a poco se irá haciendo un lugar dentro de las clasificaciones psiquiátricas. Por un lado como locura histérica y por otro como carácter histérico y este último devendrá el interés especial de la psiquiatría.

Falret desprende cinco rasgos principales del carácter histérico:

- Inestabilidad de todas sus disposiciones psíquicas
- Espíritu de contradicción y controversia.

⁷Ibid.p.62.

-Espíritu de duplicidad y mentira

-Rapidez e incluso instantaneidad de la producción de ideas, en los impulsos y en los actos.

-Románticas y soñadoras.

Con estas descripciones, se puede apreciar cómo la histeria se acerca cada vez más a ser un estado creado por el paciente, no real, basado en la mentira y el engaño. Por esto es que se convierte, en esa época, en una enfermedad aborrecible.

Concepción que también se aplicará a la anorexia. Esta también será vista, como una enfermedad aborrecible, asociándose con el carácter de mentira o como dice Lasegue de perversión.

Estas visiones de la histeria impregnaban el ámbito médico y psicológico, en la época en que Charcot, se hace cargo de las histéricas en Salpêtrière. Charcot, hereda algunas de estas concepciones. Algunas de Lasegue y otras de los médicos alemanes, las cuales se caracterizaban por ser puramente neurológicas. De ahí que constantemente, Charcot, busque encontrar una etiología orgánica de la histeria.

Lasegue se dedica al estudio de la anorexia, al final de su carrera una vez que se ha establecido este dilema de la psiquiatría entre ciencia médica y ciencia psicológica. De tal forma que la anorexia ofrece panoramas distintos, ofrece signos y síntomas muy tangibles y lo que se propone Lasegue es un tratamiento moral, despegándose de la línea médica pero apegándose a una enfermedad visualizable en el cuerpo.

El tratamiento para la anorexia, consiste básicamente en aislar al paciente y esperar a que pueda tomar conciencia del hecho de que si no se siente enferma "esta hiriendo su entorno" y por esa razón pasa a ser enferma.

En la medida en que re-conoce su aislamiento se da la cura. El tratamiento de Lasegue parece no tomar en cuenta que la paciente enuncia un sufrimiento, que según ella poco tiene que ver con los demás.

Existe un paso entre la histeria y la anorexia. Un paso determinado por la incidencia en el cuerpo, la incidencia en éste cuerpo de la mirada y del saber del médico. 1873 es una fecha que habla de la herencia de la medicina y la psiquiatría en el discurso de Lasegue. Es la época de la entrada de la histeria a la nosología psiquiátrica. El aislamiento habla de la conceptualización de las enfermedades de la locura como hijas de la sin-razón. La anorexia parece no tener una razón lógica de ser, es más bien irracional a tal grado, que el tratamiento es el aislamiento y el chantaje por parte del médico, al tratar de convencerla de el daño que causa a los demás, incluyéndose él.

Así, el discurso de Lasegue se conforma de valores heredados de la época clásica, valores como la familia, la razón y la moral. La familia establece los límites, fija la moral, y precisamente por eso, el tratamiento a seguir es el aislamiento. El valor atribuido a la anorexia es enteramente social. El Internamiento y el aislamiento manifiestan el sometimiento de la sin-razón a todo lo que no sea de su conocimiento.

Les llaman "alienados" a todos aquellos que requieren de ser aislados del resto de la sociedad para poder ser tratados. Encontramos en el discurso, dos tipos de alienación:

-Limitación de la subjetividad. Desposeído de su libertad por un doble movimiento de locura natural e interdicción. En este caso, el sujeto no tiene responsabilidad alguna y por lo tanto los especialistas tienen que hacerse cargo de él.

-Toma de conciencia. Culpabilidad moral, en donde hay responsabilidad.

Así la anorexia, surge como entidad justamente en esta época del discurso psiquiátrico, en donde lo que se busca es la verdad de los síntomas. La psiquiatría como ciencia del alma, pretende en sus orígenes, liberar al sujeto del sufrimiento del alma, que lo hace convertirse en un animal inferior a los humanos, es decir un ser ligado al mal. Esto es; a

lo que está mal, a lo que es dañino para sí mismo, a lo que se aleja de las estructuras sociales establecidas. La anorexia caería dentro de la alienación con toma de conciencia, en donde hay culpabilidad moral y el médico se encarga precisamente de la toma de conciencia, es decir de hacerle ver al paciente que lo que hace está mal tanto para él como para los demás.

Lasegue, es un experto en medicina legal y su tarea consiste en establecer el inicio de los trastornos mentales y los límites de la responsabilidad.

Lasegue, es hijo intelectual de Esquirol, quien es el primer especialista en el sentido de que a partir de él se abre la carrera de alienación mental. Es parte del movimiento alienista el cual consideraba la alienación como medida indispensable para el tratamiento (físico y moral) de la sin-razón.

Lasegue consideraba que era el aislamiento una condición necesaria para la curación. Así, la hospitalización se convierte en la única y necesaria respuesta al cuestionamiento de la locura. Se vuelve una lucha entre dos sujetos: uno con razón y otro sin razón. Buscaban la evolución de la enfermedad en referencia a una causalidad oculta que sin embargo no siempre encuentran.

En la anorexia, Lasegue primero ve una conducta anormal, el sujeto deja de comer, luego lo que él llama "perversión mental" en donde la vida del paciente únicamente gira en torno a la comida, a evitar comer, a adelgazar, cuestión que se hace aún más evidente por el engaño, la mentira y la falsedad que caracteriza a las anorexicas. Lo que Lasegue considera perversión mental. Por último, en el tercer estadio la paciente es ya formalmente una enferma.

Los tres estadios propuestos por Lasegue nos sirven en gran medida, ya que podemos analizar con mayor profundidad su génesis. El primer estadio es interesante puesto que implícitamente plantea la mirada del médico, la aproximación de éste con la enfermedad y con el paciente. Aunque Lasegue se cuestiona, no el primer estadio: el como él llega a ver lo que vio, sino el segundo: la perversión mental.

o que está mal, a lo que es dañino para sí mismo, a lo que se aleja de las estructuras sociales establecidas. La anorexia caería dentro de la alienación con toma de conciencia, en donde hay culpabilidad moral y el médico se encarga precisamente de la toma de conciencia, es decir de hacerle ver al paciente que lo que hace está mal tanto para él como para los demás.

Lasegue, es un experto en medicina legal y su tarea consiste en establecer el inicio de los trastornos mentales y los límites de la responsabilidad.

Lasegue, es hijo intelectual de Esquirol, quien es el primer especialista en el sentido de que a partir de él se abre la carrera de alienación mental. Es parte del movimiento alienista el cual consideraba la alienación como medio indispensable para el tratamiento (físico y moral) de la sin-razón.

Lasegue consideraba que era el aislamiento una condición necesaria para la curación. Así, la hospitalización se convierte en la única y necesaria respuesta al cuestionamiento de la locura. Se vuelve una lucha entre dos sujetos: uno con razón y otro sin razón. Buscaban la evolución de la enfermedad en referencia a una causalidad oculta que sin embargo no siempre encuentran.

En la anorexia, Lasegue primero ve una conducta anormal, el sujeto deja de comer, luego lo que él llama "perversión mental" en donde la vida del paciente únicamente gira en torno a la comida, a evitar comer, a adelgazar, cuestión que se hace aún más evidente por el engaño, la mentira y la falsedad que caracteriza a las anorexicas. Lo que Lasegue considera perversión mental. Por último, en el tercer estadio la paciente es ya formalmente una enferma.

Los tres estadios propuestos por Lasegue nos sirven en gran medida, ya que podemos analizar con mayor profundidad su génesis. El primer estadio es interesante puesto que importantemente plantea la mirada del médico, la aproximación de éste con la enfermedad y con el paciente. Aunque Lasegue se cuestiona, no el primer estadio: el como él llega a ver o que ve, sino el segundo: la perversión mental.

El paso de la anoréxica de "No puedo comer porque me duele" a " No me duele y por lo tanto me siento bien"⁸, es esencial para Lasegue, puesto que aquí se evidencia la perversión. Para él, el segundo estadio es el más importante. A partir de éste, se dan el primero y el tercero. A través de la perversión mental, se diferencia el simple rechazo a alimentarse, del ser propiamente considerada como anoréxica.

Tal vez la aparente contradicción de Lasegue al diferenciar la histeria de la anorexia y atribuir a la anorexia como segundo nombre "histérica" radique en que a pesar de haber una diferencia radical acerca del sentimiento de la paciente con respecto a su trastorno, la paciente no tiene daño orgánico alguno. Es decir, cae dentro del ámbito de la mentira y el engaño, tan característico de la histeria.

Esta parece ser la idea heredada, hasta nuestros días acerca de la anorexia y su razón de ser. Así pues, podemos ahora contemplar a través de un lente mucho más preciso, cómo es que Lasegue emparenta la anorexia a la histeria y porqué él finalmente decide que la anorexia es anorexia histérica

Ahora bien, después de Lasegue mucho se ha avanzado en el terreno de la subjetividad, el cual resulta ser el punto nodal de la decisión anoréxica. Por lo tanto, seguiremos este recorrido histórico.

b. Histeria y anorexia

Charcot, quien es considerado como el creador de una nueva neurología, se caracterizó por ser una persona enteramente visual, lo cual se reflejaba en su práctica clínica. Esta, se basaba en la mirada. Sus exámenes se basaban en la visión del paciente. Charcot dice: "... no hay que subordinar la fisiología a la patología, hay que hacer lo contrario, plantear primero el problema médico tal y como nos lo

⁸Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1989) Las Indomables Figuras de la Anorexia. Buenos Aires. Nueva visión, p. 22

ofrece la observación de la enfermedad, e intentar proporcionar luego la explicación fisiológica. Actuar de otro modo sería exponerse a perder al enfermo de vista y desfigurar la enfermedad.⁹

He aquí, la conceptualización que Charcot tiene de la clínica y de la enfermedad. Lo importante para él radica en la visualización de la enfermedad por el médico, para después ubicarlo en la fisiología. Pareciera que Charcot concibe el cuerpo, en relación directa con el estado mental del paciente.

Charcot se dedicó a la práctica clínica en Salpêtrière y sus conocimientos se vieron enfrentados por la histeria .

Charcot cuestiona utilizando el método empírico reuniendo todos los síntomas y luego descomponiéndolos.

La seque también descompone las enfermedades básicamente en tres:

- carácter histérico
- crisis y síntomas sensorio-motores
- síntoma de histeria local

Mucho antes de Charcot, la histeria, era considerada como una enfermedad característica de las mujeres (de ahí su nombre) por estar relacionada con los órganos uterinos y en relación a la hipocondría, que era la versión de la histeria en los hombres, según lo propuso Sydenham. Escuchemos lo que Sydenham tiene que decirnos acerca de esta explicación: "Aunque las mujeres histéricas y los hombres hipocondríacos estén extremadamente enfermos del cuerpo, más aún lo están del espíritu, pues desesperan absolutamente de su curación, y si a uno se le ocurre darles la menor esperanza, montan en gran cólera, de modo que esa desesperación es esencial

⁹Bercherie, P Op Cit.p.70

de la enfermedad. Por otra parte, se llenan el espíritu de las ideas más tristes, y creen que le esperan todo tipo de malestares.¹⁰

Charcot, heredero de estas concepciones, cuestiona los conocimientos hasta entonces vigentes, para confrontarlos con su visión de la enfermedad.

Para Charcot, la histeria es una enfermedad producida por la acción incisiva de una idea o de una representación psíquica fuertemente cargada de afecto. Si la representación es fuerte, entonces tendrá el inmenso poder de trasponerse brutalmente a la realidad del cuerpo y de manifestarse en forma de síntoma somático.

En esa época, se tenía la idea de que el sufrimiento histérico era la encarnación en el cuerpo de una idea. Es decir, la traducción a la lengua del cuerpo, de una frase.

Vemos aquí, el énfasis propuesto por Charcot, en el carácter fenoménico de la enfermedad atravesado por la palabra. Charcot, consideraba que la traducción, había sido resultado de un suceso traumático.

Por otro lado, Janet, sin alejarse mucho de estas concepciones, pero difiriendo en la manera de traducir la frase al cuerpo, considera que es debido a una debilidad del yo.

Las vertientes en cuanto a la etiología de la neurosis, a partir de estos movimientos nunca volverán a ser las mismas. En este momento podemos ahora enunciar tres:

- La psicofisiología de Janet.
- La neurología de Babinsky.
- El psicoanálisis Freudiano

¹⁰Ibid. p. 25

Para el psicoanálisis, la histeria significa el comienzo. A partir de la histeria, nace el psicoanálisis como reflexión, como vía a través de la cual pasando por la hipnosis, se le busca dar solución a un estado físico y psíquico, que hasta entonces nadie se había atrevido a explorar.

El curso que hasta entonces había tomado la histeria, contribuyó en gran medida a que Freud, se interesara en ella. La primera aproximación de Freud, a la histeria, fue por medio de Charcot. Al referirse a Charcot, Freud afirma: "No era un calculador, no era un pensador, sino una naturaleza artísticamente dotada, era como él mismo se nombraba un "Visuel", un "Vidente" Y era entonces que ante el ojo del espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de los síntomas siempre iguales semejava; así surgían los nuevos cuadros clínicos singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas."¹¹

Freud, retoma algunas de las ideas esenciales de la enseñanza y práctica de Charcot, en relación a la histeria. La idea del trauma, por ejemplo, es una huella de la influencia de Charcot en Freud.

Freud, está de acuerdo con Charcot en que la génesis de los síntomas ha de buscarse en el ámbito de la vida psíquica, específicamente en el trauma. Dice Freud: **La génesis del síntoma está determinada de manera unívoca por las circunstancias del trauma**,¹² un trauma que tenía una fuerte relación con el cuerpo. El primer giro de Freud, en su teoría, lo constituye pues, la explicación en relación al trauma. Es decir, el trauma es concebido por Freud, como el eje central, a partir del cual todo lo demás gira en la histeria.

La explicación de la histeria, para Freud, concuerda con la explicación atribuida por Charcot. Dice Freud: **...con harta frecuencia son sucesos de la infancia los que**

¹¹Freud, S; Obras Completas T.III. Buenos Aires. Amorrortu p. 14

¹² Ibid. p. 30

han producido para todos los años subsiguientes un fenómeno patológico más o menos grave.¹³

Es decir, el trauma constituye una razón para que el síntoma histérico surja de determinada manera. El trauma se forma porque no hubo una solución adecuada en el momento adecuado y entonces suscitó la formación de defensas que dan forma al síntoma.

Hasta este momento, la teoría de Freud, no difería mucho de las concepciones de su momento. Pero, la práctica clínica ofrecerá a Freud una nueva manera de percibir la histeria.

Por ejemplo, el caso de Breuer, de Anna O. permitió a Freud, cuestionar la utilidad de la hipnosis, puesto que el tratamiento en este caso fue el "apalabrado". No hubo trabajo de interpretación, únicamente la paciente relató historias. En eso consistió el tratamiento.

El caso de Elizabeth Von N. es otro de los casos que nos permite entender mejor el desarrollo de la teoría en Freud. Según Freud el caso de Elizabeth se caracterizó esencialmente por dos aspectos:

- 1) Los afectos penosos permanecieron sin tramitar, lo cual ocasionó la formación del trauma y
- 2) Se produce una viva actividad mnémica, la cual permite una reconstrucción de los recuerdos y una explicación al trauma.

La histeria, concebida por Freud, tiene varios elementos importantes, que en adelante le harán cuestionarse constantemente otros fenómenos que rebasan la histeria.

¹³ Ibid.p 36.

Será preciso establecer ciertos puntos de contacto entre histeria y anorexia que se nos ofrecen como resultado del análisis histórico hasta ahora realizado, sin embargo pueden ser muy cuestionados, pero los mantendremos como preguntas a lo largo del análisis de contenido de las historias de vida que presentaremos más adelante:

- A) La histeria, desde los inicios, carece de una causa orgánica real como la anorexia.
- B) El síntoma histérico se caracteriza por la fijación de una gran cantidad de energía en una parte del cuerpo, como en la anorexia.
- C) El síntoma histérico adquiere un valor simbólico en el sentido de que tiene un significado que la histérica "sabe sin saberlo", como en la anorexia.
- D) En la histeria, el cuerpo constituye el plano en donde se grabarán significados específicos. El cuerpo en la histeria, materializa significaciones corporales que él mismo crea por proyección. La región somática afectada corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma y que pasó a construir una imagen determinada.

Hemos visto como la anorexia nervosa, es asociada directamente con la histeria y por qué. ¿o es que la anorexia no es más que una forma de histeria?

Hasta ahora sólo podemos hacer una sutil diferencia entre histeria y anorexia: la histérica desea estar satisfecha porque la insatisfacción garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser. Mientras que la anoréxica no desea estar satisfecha sino que está satisfecha.

A partir de Freud surge un nuevo conocimiento que cada vez se encuentra más alejado del conocimiento médico. Entonces la conceptualización de la anorexia nervosa, tomará diferentes rumbos desde el psicoanálisis que desde la psiquiatría.

Hasta aquí, creemos que se han establecido dos espacios radicalmente diferentes en cuanto a su manera de aproximarse a la anorexia. Por un lado, tenemos la visión de que la anorexia es una enfermedad exterior que tiene que ver con los patrones culturales o sociales, etc. Es decir, una manera ingenua de concebir al individuo como inocente, digamos, benévolo y bondadoso y que el experto, entonces ayudaría al individuo a librarse de tan aborrecible padecimiento, el cual nada tiene que ver con él mismo, ni con su historia, sino más bien con algo exterior a él. Por otro lado, desde una postura psicoanalítica se hablaría de un síntoma en tanto característico de esta dualidad entre placer-displacer, consciente-inconsciente, ser-no ser, que plantea una realidad psíquica verdadera en donde la fantasía y la realidad se mezclan y se confunden y en donde la anorexia surge como producción de toda una serie de fuerzas y significaciones que caracterizan al individuo mismo y que lo revelan como sujeto irreconocible, dividido, fragmentado, alienado y por supuesto sufriente, causante de su propio síntoma. El síntoma es una forma de expresión y creación psíquica.

c. La herencia histórica: Abordajes clínicos de la anorexia en la actualidad.

El estudio dedicado a la condición anoréxica ha adoptado, desde sus orígenes, diferentes vertientes. Hasta la fecha una de éstas líneas abierta por Gull, quien pretende encontrar la causalidad de la anorexia en factores orgánicos, ha proliferado considerablemente. Esto es, con base en los estudios hormonales, neurofisiológicos, metabólicos, fisiopatológicos etc. que pretenden encontrar una causa orgánica real que expliquen la causa detrás la decisión de la anoréxica de no comer.

Por otro lado, la vertiente que se hereda de Lasegue, intenta encontrar el lazo entre mente-cuerpo. Es decir que se enfoca más a los estudios psicológicos en sus vertientes cognoscitivas y conductuales.

La vertiente psicosocial que hace énfasis en las condiciones sociales en que se encuentra un individuo, como factores decisivos en la anorexia.

Por último, el espacio abierto por el psicoanálisis que invita a adentrarse en los abismos de la realidad humana, construida durante el transcurrir de su historia en donde las ideas, las creencias, los prejuicios, etc. son tan importantes como los acontecimientos verificables. Muchas han sido las explicaciones de índole psicoanalítica que se han formulado en torno a la anorexia. Sin embargo, creemos que estas explicaciones deben estar sustentadas en la clínica para que puedan tener coherencia con el cuerpo teórico del psicoanálisis.

Las líneas abiertas toman forma en función de los aspectos y las lecturas de Freud que se realicen. Por ejemplo, la línea que enfatiza la importancia del yo y su adaptación a la realidad, enfoca sus estudios precisamente al yo y su disfunción. Otra línea propone el estudio de las relaciones objétoles, poniendo en cuestión el carácter del yo. Por otro lado, la escuela francesa de psicoanálisis que enfatiza la importancia de la representación y de lo inconsciente. Revisaremos más adelante algunas de éstas líneas que nos servirán como base para cuestionar algunas paradojas encontradas en los discursos así como para plantear algunos problemas teóricos.

EXPLICACION FISIOLOGICA

Las investigaciones fisiopatológicas, se han enfocado a encontrar una región específica que pudiese afectar directamente el que la anoréxica no coma. Así pues, se pensó que como el hipotálamo es importante por la regulación en la ingesta de alimentos, éste pudiese ser la clave que ofreciese una solución a la anorexia. La destrucción del área lateral causa *adipsia* (falta de ingestión de bebida), *afagia* (falta de ingestión de alimento) y pérdida de peso. Por otro lado, si ésta región es estimulada, también causa el efecto contrario. Sin embargo, existen evidencias que han hecho preguntarse a los investigadores si el hipotálamo lateral desempeña algún papel en el hambre, o

simplemente está localizado cerca de fibras de algún importante sistema sensorial o motor implicado en diversas conductas.¹⁴

EXPLICACION PSICOLOGICA

En general en el área psicológica se han desarrollado principalmente tres enfoques. Uno es el enfoque conductual, el segundo es el enfoque cognoscitivo y por último el enfoque psicoanalítico.

Desde el enfoque conductual la anorexia se plantea como un modelo fóbico. Para Minuchin (1978) los conductistas interpretan el contexto del paciente como un campo de contingencias que necesita ser controlado. Comer genera ansiedad y el no comer representa evitación.

El dejar de comer es reforzado por la disminución de ansiedad. Así pues, básicamente el terapeuta conductual se enfocará a eliminar el síntoma de no comer producido por un exceso de ansiedad.

El aspecto cognoscitivo enfatiza la valoración del cuerpo por parte de la paciente. Dicen los cognoscitivos que la negación de la enfermedad parece guardar una estrecha relación con la tendencia a negar su delgadez. Lo oral es interpretado como una distorsión de la imagen corporal, por lo que el tratamiento se centra en cambiar esta distorsión de la imagen.

Por otro lado, autores con cierta influencia psicoanalítica como Hilde Bruch (1978) por ejemplo, quien es una de las investigadoras modernas, pioneras en el campo de la

¹⁴Para una explicación detallada, ver tesis de licenciatura Anorexia Nervosa de Gloria Suarez, 1996.

anorexia, se explica la anorexia como una manera de controlar, de imponer en una área personal, el control que la anorexia siente que no tiene en su vida como un todo.

Crisp¹⁵ que define la anorexia como una regresión a la niñez tanto de lo psíquica, como de lo psicosocial como consecuencia del conflicto de la adolescencia.

Palazzoli, piensa que se trata de una experiencia corporal. Este autor argumenta que el cuerpo es vivido como objeto fóbico: "La joven anoréxica, entonces experiencia stas: debe contener y controlar el cuerpo sin destruirlo, debe continuar viviendo pero no puede crecer."¹⁶ Es decir que Palazzoli ve la anorexia como un intento por controlar y contener el deseo femenino y como una protección en contra del miedo a la invasión psicológica.

EXPLICACION PSICOSOCIAL

Esta vertiente ha sido poco explorada, aunque existen autores como Chernin, Orbach y Lawrence que se han adentrado en los estudios de genero, ya que consideran que la anorexia es un asunto de mujeres, como un malestar de las mujeres determinado por su lugar en una cultura patriarcal.

Morgan Mac Sween, por ejemplo en un libro titulado Anorexic Bodies, intenta demostrar que esta vertiente es la más rica, pero que carece de un sustento propamente sociológico. Así que explica la construcción del genero a nivel social y sus consecuencias. Dice Mac Sween que la anorexia es "una lucha entre ideologías de individualismo y feminidad."¹⁷

¹⁵Citado en Morgan Mc. Sween; (1993) Anorexic Bodies. N.Y.Routledge

¹⁶Ibid. p.52

¹⁷Ibid. p.157

Para Chernin las nuevas oportunidades de la mujer abren conflictos históricos sin precedentes entre madres e hijas. "Por primera vez, dice Chernin, el desarrollo de la femineidad involucra una separación radical de los valores de la madre."¹⁸ De esta manera la anorexia se ubica en este conflicto para la hija. Es decir, en la búsqueda de una sustitución simbólica, la hija descarga su furia hacia la madre en su propio cuerpo. Dice Chernin que la anorexia es un intento por rehacer el cuerpo femenino, es una transformación simbólica de género. Chernin argumenta que los trastornos alimentarios deberían ser vistos como intentos de llevar a cabo "ritos de paso" donde la identidad femenina tradicional de autosacrificio de la madre pueda ser transformada en una mujer y pueda entrar en la cultura.

Lawrence, en cambio, dice que las anoréxicas parecen necesitar una separación del medio ambiente. Necesitan definir sus propios límites y trazar fronteras alrededor de ellas mismas. Dice que para las mujeres, el establecer límites y fronteras es algo difícil ya que son en parte vistas como un aspecto del ambiente de los otros. "El estar muy delgada",¹⁹ dice Lawrence, "parece decir que 'tengo límites finos, no soy suave, no me fundo contigo, no tengo nada que darte'". Así pues, para Lawrence, la anorexia significa una especie de ascetismo. Lawrence, argumenta que en nuestra cultura el auto limitarse, el negarse a sí mismo, es altamente valorado. Dice Lawrence: "Uno de los elementos centrales en la anorexia es la tendencia a querer satisfacer y fundirse con las expectativas de los otros. Cuando el fundirse y el satisfacer a los otros se vuelve incompatible con las demandas de la madurez real y la autonomía, entonces surge la anorexia. Es en primer lugar, el fracaso de sobrellevar las necesidades reales del self y diferenciar claramente éstas de las necesidades de los otros lo que suscita la manifestación de los síntomas rebeldes."²⁰

¹⁸Ibid. p. 59

¹⁹Ibid. p. 65

²⁰Ibid. p. 65

Para Orbach la anorexia consiste en dos procesos: la búsqueda de la delgadez y la negación de necesidad emocional. Orbach afirma que la anorexia habla con su cuerpo. Dice Orbach: "La anorexia nervosa es una protesta para expresar inconscientemente una solución a problemas que no pueden ser articulados conscientemente."²¹

De esta manera encontramos que tanto para Bruch como para Lawrence la anorexia es una lucha por independizarse y por encontrarse a sí misma.

En México, en realidad son pocos los trabajos que se han hecho en torno a este tema. Existen ciertas estadísticas como por ejemplo, las recabadas en el Hospital de especialidades de "La Raza" en donde se encontró que la prevalencia oscila entre 0.4 y 1.5 de cada 100 habitantes que son por lo regular mujeres en una relación de 10:1, que tienen problemas frecuentes de amenorrea en un 100%, que la edad media es de 19-25 años y que el nivel socioeconómico es medio.

Nos parece que cada uno de estos autores intenta dar una explicación universal acerca de la anorexia como una enfermedad y no como una creación sintomática. Se trata de generalizar las razones causales de la anorexia. Nos cuestionamos por ejemplo, si para todas las pacientes identificadas como anoréxicas significa lo mismo el cuerpo, el ser mujer, el control o la independencia. Cada uno de estos factores, como bien lo enfatizan estos autores, está muy presente en el discurso de las anoréxicas, sin embargo en cada una de ellas juegan un papel diferente en relación a su devenir histórico.

Ahora que hemos recabado información acerca de las investigaciones que se han hecho en torno a la anorexia, ¿Qué podemos decir acerca de ésta?

²¹Ibid. p. 75

Nos parece que el mérito de estas investigaciones radica en el esfuerzo por comprender, sin embargo la anorexia en sí, finalmente no es el objeto de estudio. Es decir, no podemos ubicarnos como el experimentador, científico y objetivo que recoge su objeto de estudio y lo analiza, porque la anorexia representa una forma de esencia humana. Tendríamos entonces que estudiar el Ser humano, en tanto se pregunta por sí mismo y entraríamos de lleno en una ontología.

El objetivo de este trabajo es recoger historias que nos permitan ver precisamente el carácter siempre cambiante del Sujeto, de sus modos de ser en el mundo. ¿Qué otra cosa, sino resignificar, ubicar relatos históricos en el seno mismo de su devenir?

Cuando alguien cuenta su historia, lo hace en función de los elementos que en ese momento tiene disponibles. Es decir, reconstruye imágenes y recuerdos de acuerdo al lente que tenga puesto. Ese lente determina la forma de visualizar y dar cierta coherencia (sucesión de veridades) a su vida.

El síntoma anoréxico, en su carácter paradójico, fuera de control o controlando demasiado, es ese lente.

El presente, el momento actual determina cómo se construye la historia, a la vez que la historia determina el momento actual. Es un círculo que no se cierra, se abre en la medida en que falta algo para cerrarlo y ese algo, funciona como motor de apertura de un círculo igual pero nuevo.

Así las cosas, el enfoque de este trabajo es un enfoque psicoanalítico, el cual permite adentrarse en los abismo de lo humano, de lo histórico, de manera digamos analítica, en el sentido de que no tomaremos posturas, desde un principio, ni tampoco intentaremos encajar las entrevistas, las historias de vida a un determinado marco teórico pre-establecido, sino que trataremos de dejar fluir los discursos, con el fin de poder ubicar los elementos dentro de éste en el mismo discurso. Trataremos de dar un orden y un seguimiento a estos factores que tal vez concuerden con algunos aspectos teóricos.

CAPITULO II.

PROPUESTA PSICOANALITICA: LA ANOREXIA COMO UN SINTOMA

¿A qué nos referimos cuando decimos que consideramos la anorexia como un síntoma? Freud, desde sus primeros trabajos se esforzó por escuchar el síntoma, que no porque hablará lenguas distintas, carecía de una lógica. Así pues el síntoma para Freud es una manera de expresar la esencia del ser.

Ahora bien, el síntoma anoréxico, parece centrarse en la aseveración que hacen la mayoría de los pacientes de sentirse "divididas" en el sentido de no poder evitar el "no comer" o de sentirse mejor "comiendo nada".

Freud en la conferencia 23 del Sentido de los Síntomas, dice que el síntoma es el retorno de lo reprimido. Es una forma de satisfacer una frustración por medio de otros caminos. Operan en esta formación el desplazamiento y la condensación, como en los sueños. "A menudo", dice Freud "la persona se queja de que los realizan contra su voluntad y conlleva displacer o sufrimiento para ella".²²

Es decir, que hay una especie de dialéctica jugada en el síntoma donde "participan dos fuerzas que se han enemistado y que vuelven a coincidir en el síntoma".²³

Por eso, dice Freud, que el síntoma es extremadamente resistente. Es decir, el síntoma tiene una parte placentera y una displacentera, así como una parte constitucional y una parte digamos "circunstancial".

²²Freud, S; (1915)Op. Cit. T.XV p. 326

²³Ibid. p. 326

Pero cabe recalcar que el síntoma finalmente constituye una creación. Es decir, el sujeto produce el síntoma como una manera de resignificar su existencia. Lo que resulta paradójico es que el síntoma anoréxico sea tan característico, es decir tan estereotipado y tan general.

Nuestra aproximación, hasta el momento se ha centrado sobre todo en el diagnóstico de anorexia. Hemos hecho un recorrido histórico que nos establece un panorama bastante claro de la anorexia, pero ahora intentaremos dar un salto desde lo histórico a la historicidad de un sujeto.

Seguiremos los consejos de Freud, quien nos dice que la mejor manera de escuchar al sujeto es mantener la atención flotante. Aunque esto por supuesto es ya tomar una postura ante el otro.

El síntoma, que en este caso se inscribe como el significante "comer nada", nos ofrece tan sólo un pequeño corte del sujeto a través del cual intentaremos ahondar en conceptos como la identidad, las identificaciones, lo inconsciente, lo imaginario, la familia, lo femenino, etc. Todos éstos conceptos problemáticos en sí mismos ya que nos cuestionan tanto aspectos de la teoría misma, como aspectos de la clínica.

Así pues, tomando en cuenta lo anterior, entraremos a continuación a describir el método empleado, pero independientemente del método que se utilizó, la función de haber desarrollado lo anterior, consiste en que la postura que se tomará ante el síntoma anoréxico, es una postura analítica, en el sentido de que no utilizaremos marcos teóricos establecidos con el fin de encajar los hallazgos en la clínica dentro de este marco, sino más bien intentaremos situarnos como una especie de observador activo, que cuestiona cada uno de los elementos del discurso y que al mismo tiempo se encuentra inmerso en este proceso, con el fin de darle sentido a este discurso "delirante" tan característico de las anoréxicas. No intentaremos establecer relaciones causales, o indicios de "verdad", entendiendo ésta como universal, sino únicamente

trataremos de *construir* historias, que nos permitan recrear junto con ellos un universo nuevo, en donde se mueven diferentes elementos, de diferente manera en cada historia.

CAPITULO III. EL METODO

Si de algo podemos hablar en la actualidad desde una visión epistemológica es del escepticismo ante los metarelatos que caracteriza la época posmoderna. Esto conlleva serias consecuencias que afectan de manera directa toda visión que pretendamos hacer en los diferentes campos del conocimiento.

Lo que ahora nos caracteriza es precisamente este creer en nada, esta falta de osombro ante los discursos, ante los relatos, ante las instituciones, ante las religiones, etc. Y es que pareciera que incluso los mismos discursos han sido utilizados, como las religiones, como las instituciones y como los relatos en función de intereses de poder.

Ante semejante desvirtualización del conocimiento, lo que nos queda es buscar nuevas perspectivas , nuevos caminos que hemos olvidado que existen.

El discurso positivista con su gran correlato: la ciencia, ha hecho que nos ubiquemos en el mismo lugar, de tal forma que nos olvidamos que nuestro objeto de estudio, inevitablemente nos concierne a nosotros mismos, es decir que nos vemos reflejados en lo que estudiamos.

No podemos olvidar que si nos encontramos en algún lugar es precisamente en la historicidad, la cual no se puede dejar de lado, no se puede evitar tomar en cuenta aspectos históricos que nos remitan a la historicidad de los sujetos, al origen mismo del sujeto .

En las investigaciones en el área de salud mental poco a poco se ha ido demostrando la necesidad de nuevas aproximaciones.

Últimamente las investigaciones de corte etnográfico, han sido una útil herramienta en el área de la salud mental. Sin embargo, esto no quiere decir, que este tipo de investigaciones puedan ser utilizados como simples herramientas fijas y útiles en cualquier investigación y bajo cualquier circunstancia.

La línea divisoria entre objetividad y subjetividad es relativizada de tal manera que en realidad son una parte de la otra. No podemos ya enfocarnos a lo interno o a lo externo sin que uno y otro en algún momento se traslapen.

Lo que ahora como investigadores nos interesa es precisamente ese punto de encuentro, ese pequeño resquicio en donde es difícil determinar si es objetivo o subjetivo o si es consecuencia de lo uno o de lo otro.

En la historia, el paradigma anterior de hacer una historia única y verdadera ha sido desplazado por el de hacer historias que conjugadas permitan ver algo más allá de una simple historia lineal. Lo que se busca es enfocarse a los pequeños detalles, a la vida cotidiana, con el afán de crear una especie de tejido de historias que en su conjunto se mezclan, se bifurcan, se abren, se encuentran con otras y que en su totalidad forman una gran cuerda. Es decir hay que desmenuzar, hay que preocuparse por los pequeños hechos de todos los días, por lo cotidiano.

Es decir que, se comienza a gestar una revalorización de la vida afectiva, una recuperación de la historia desde abajo y desde los múltiples aspectos de la cultura popular o del nuevo debate respecto al estatuto del artista y del arte dentro de la sociedad así como el rescate teórico e histórico de ese complejo universo de la vida cotidiana.

Nos pareció que un estudio desde la rama de la psicología clínica donde generalmente se utilizan entrevistas estructuradas o semiestructuradas con el fin de hacer una

historia de los síntomas patológicos, sería muy rico desde una perspectiva histórica. A través de la historia oral podríamos aproximarnos directamente a la concepción que las pacientes tienen de sí mismas y de su condición. Es decir, nuestro objetivo primario consistió en reconstruir con las pacientes una historia con el fin de ubicar en su contexto el síntoma anoréxico y su posible razón de ser.

A lo largo de este trabajo, abordaremos los orígenes del sujeto, como sujeto determinado por una historia y un lenguaje, lo cual nos servirá como herramienta. A través de ella, intentaremos rescatar el sujeto detrás de una clasificación. La manera de relatar su historia nos permitirá recrear una forma de vivir y de constituir psíquicamente una realidad, aludiendo al mito en el sentido de que todo origen es mítico.

La historia como ciencia tiene dos maneras de conceptualizarse a sí misma; una historia desde el punto de vista nominalista, lo cual quiere decir que se considera la historia como conjunto de discursos acerca del pasado y otro desde el punto de vista llamado realista, el cual considera la historia como conjunto de acontecimientos.

Nuestro punto de vista, aludirá a la historia como un relato, que forma parte del presente y del pasado y que cobra vida en la medida en que es a través de la palabra que tiene forma. No nos conformaremos con considerar la historia como una serie de acontecimientos pasados, puesto que la historia no es el pasado, sino también el presente en la manera en que devino presente a través del pasado.

La manera en que el pasado está constantemente en el discurso es mediante un entrelazamiento con el presente a través del discurso del sujeto.

La realidad psíquica del sujeto se constituye en torno de su relato. El hombre existe en la medida en que existen los relatos, porque finalmente el hombre es su historia, es decir, su discurso.

Ahora bien, este discurso marca justamente el conflicto, la ruptura entre el mundo interno y el mundo externo. Es a través del discurso que se constata aún más la imposibilidad de contacto directo entre las cosas y el intelecto.

Nos parece poco relevante constatar la adecuación de estas historias con sucesos "reales", sino más bien "observar" cómo se forma el relato que guiará nuestra entrevista. Finalmente, el relato como ficción, es una manera de ordenar y estructurar los recuerdos que constituyen la realidad del sujeto, de manera muy particular. Es ahí, donde demuestra su existencia el inconsciente, a través de la verdad y de la muerte. A través de lo paradójico del lenguaje y del cuerpo.

Así que, por medio de las historias de vida, lo que se pretende es trabajar con el discurso personal del sujeto, un discurso que nos puede servir como apertura para visualizar procesos inconscientes ya que, lo que podemos visualizar a través del discurso y sus recursos son sombras del poder esencial del lenguaje, en relación con lo inconsciente. El discurso, el relato es la única vía posible para que el narrador, nos transporte a través del tiempo y el espacio.

El problema, tantas veces abordado por los antropólogos, acerca del impacto del observador, es aquí retomado con otros enfoques, aludiendo a la creación de un texto entre dos. El narrador y el entrevistador viajan a través del lenguaje creando un nuevo universo basado en el discurso histórico del narrador y la escucha y creatividad del entrevistador.

En la historia oral, algunos de los aspectos importantes a considerar son la ideología, la memoria (el olvido), la concepción del tiempo y el espacio y la intersubjetividad.

Nuestro interés radica sobre todo, en dos aspectos: la subjetividad y la memoria, cuestión que analizaremos sobre todo abocandonos a la forma sobre el contenido del relato.

Los principales puntos fueron la memoria, es decir qué recordaban y porqué, su ubicación en el tiempo, el significado de los procesos para el individuo y la fantasía.

Una consideración importante es que ante cualquier recuerdo, como ya Freud lo había enfatizado, es indispensable mantenerse en una posición de sospecha porque todos los recuerdos, en el trabajo de organización, cumplen una función encubridora.

a. Historia Oral

La historia oral es una herramienta que surge a partir del planteamiento moderno de la historia. La historia ya no sólo se concibe como Historia, con mayúscula, como una sola y única Historia escrita por las élites y por los triunfadores. Este nuevo modo de ver la historia, pretende evidenciar la necesidad de abrir el campo de reflexión en torno a los pequeños detalles, a las minorías sociales, a la microhistoria, a los relatos, a la cotidianidad, a los actores sociales que han sido olvidados etc.

En este sentido, la historia oral permite un acercamiento con la alteridad, es decir con el discurso del otro. Michel De Certeau (1972) señala que en general, los vestigios no escriturísticos como lo oral, la pintura o la fotografía revelan continentes perdidos, ignorados, ausentes del conocimiento histórico. En este sentido, la importancia de la historia oral radica precisamente en que trabaja con aquello que ha sido ignorado por la historia en general.

La historia oral es un método cualitativo que ha tomado auge en los últimos años por ser un método que no cae dentro de los paradigmas funcionalistas, ni de los métodos estructuralistas. Esto, ofrece una manera distinta de hacer investigación.

La historia oral, además de ser una metodología creadora o productora de fuentes para el estudio de cómo los individuos perciben procesos históricos de su tiempo, ofrece la posibilidad de analizar el discurso en sí mismo. Es decir, existen dos maneras

de utilizar la historia oral, por un lado como un testimonio escrito que nos permite tener nuevas visiones respecto de la sociedad, de la historia, de la política, etc., pero por otro lado, nos permite trabajar directamente con la subjetividad, con el discurso mismo, el cual nos proporciona un corte transversal, pero que además nos sumerge en la subjetividad del individuo.

b. Antecedentes de la historia oral

Se pueden ubicar los orígenes de la historia oral en Estados Unidos, entre 1934 y 1935, con las entrevistas realizadas a negros sobrevivientes de la época esclavista en Kentucky. Más adelante, en el 49, Nevins logró que su proyecto fuera acogido por la Universidad de Columbia, en Nueva York, donde se fundó el primer centro de historia oral.

Por otro lado en Europa la historia oral comenzó a ser utilizada para estudiar el folklore de la vida obrera. A partir de entonces, han surgido un sin fin de institutos que se han dedicado a la creación de archivos de oralidad. El rescate de la oralidad, abrió posibilidades de reconstrucción histórica entre sectores que no transmiten su experiencia por escrito.

La historia oral, es una manera de acercarse a los procesos históricos y a los sujetos sociales, muy nueva y esto quiere decir que este método no está terminado. Quedan aún muchas interrogantes que resolver con respecto al método y con respecto a sus aplicaciones y sus limitaciones. Es decir, es un método que está en proceso de construcción y que se ve confrontado por la práctica.

En un principio, la historia oral fue utilizada para crear archivos, para hacer tangibles la existencia de una otredad. Sin embargo, esto no fue suficiente y de ahí la crítica de la historia oral gestada en Europa a la carencia de análisis de la información obtenida.

Así pues, la historia oral se nutre principalmente de dos experiencias:

-Los aportes renovadores de la historia oral europea que consistió básicamente en replantear críticamente los intereses y las prácticas tradicionales del historiador, las fuentes y los métodos de investigación utilizados.

-La experiencia norteamericana, la cual utilizó las contribuciones de las ciencias sociales que utilizaron la información oral y la metodología cualitativa, básicamente la antropología social y la sociología de corte cualitativo.

Además, la historia oral se conforma del entrelazamiento de disciplinas como la antropología, la sociología, la lingüística, la psicología y otras más. Lo cual abre aún más su campo de aplicación.

c. Algunas características de la historia oral

Existen diversas maneras de hacer historia oral; por un lado están los estudios de tipo temático que se enfocan al estudio de algún suceso o fenómeno social que pretenden recolectar diversos testimonios individuales acerca de la experiencia en torno a dicho fenómeno. Por otro lado, existen las historias de vida o estudios de caso a profundidad, que se abocan únicamente al estudio de la oralidad en sí misma. Se proponen construir biografías, a través de la oralidad y analizarlas en sí mismas. en este caso, el objetivo principal es trabajar con la subjetividad directamente. Ahora bien, ¿por qué utilizar historia oral en su modalidad de historias de vida como metodología?

Nos parece que la historia oral nos serviría como un método ideal, porque nos permitiría visualizar, en este caso la anorexia, desde una perspectiva que enlazaría lo social con lo individual, porque la historia oral nos serviría con lo individual, porque la historia de vida nos revela la experiencia personal como una síntesis vertical de la historia social en la que se manifiesta lo particular.

Nos interesa sobre todo encontrar la manera de estudiar cómo las sujetas diagnosticadas como anoréxicas han incorporado su realidad social haciéndola una realidad mediatizada por el lenguaje, es decir una realidad psíquica en donde el lenguaje y el cuerpo se anudan.

Por ser un método de corte cualitativo, la historia oral no es apta para ser analizada como un método cuantitativo, es decir, con una muestra específica y una validación científica estricta. Por ejemplo en lo que a la selección de los entrevistados se refiere, ésta responde más bien a la representatividad que los sujetos tengan en torno a lo que se pretende estudiar y no a una preocupación de muestreo orientada por criterios cuantitativos.

Por otro lado la validez del estudio radica en que no se pretenden hacer generalizaciones acerca de las anoréxicas, sino únicamente ubicar la importancia de la historia, el lenguaje y el cuerpo en los relatos extraídos de las entrevistas, destacando la individualidad de cada relato en su carácter de único. Es decir, a pesar de que sí buscamos ciertas coincidencias en los relatos no trataremos de someterlos a clasificaciones o a categorías preestablecidas, sino que permanecerán como relatos únicos; como vestigios de la subjetividad.

A decir verdad la técnica de la historia oral es bastante abierta, así que fuimos modificando el modo de aproximarnos a las pacientes conforme se iban dando las entrevistas.

Nos propusimos realizar un cierto esqueleto de trabajo que nos permitiera guiar la entrevista. Las pacientes siempre, tal vez por el lugar y las condiciones bajo las cuales nos encontrábamos, relataban cómo era que habían "empezado con la anorexia". Es decir, parecían estar convencidas que eso era lo que queríamos escuchar: "porqué estaban enfermas". Así pues, decidimos proseguir con ese primer relato. Esta primera fase de la historia de vida, consistió en una descripción de su condición actual, del síntoma anoréxico, de su vida actual, y de cómo llegaron a la Institución.

La segunda fase, consistió en una reconstrucción del punto de transición de preocuparse por su peso, a ser anoréxicas, qué sucedía en ese momento, qué cosas cambiaron desde entonces y qué cosas permanecieron desde entonces, podían ellas hablar de un antes y un después de ese punto. Quisimos que nos hablarán acerca de ese momento y si había un cambio radical en cuanto a lo que ellas concebían a partir de sí mismas desde entonces. Titulamos este primer acercamiento Permanencia y Cambio, porque tratamos de rescatar y problematizar si la anorexia era un simple rasgo de carácter acentuado, tal vez por ciertas condiciones o si era una identidad específica que ahora las hacía sentirse otras. Es decir, si podían hablarnos de un antes y un después del punto de quiebre y si existía tal punto de quiebre y con qué podían relacionarlo. Esta etapa resultaba particularmente difícil porque a muchas les costó trabajo entender a qué nos referíamos con esto de la permanencia y el cambio y muchas quedaron sin habla cuando se les preguntaba la posibilidad de ser algo más que "anoréxicas".

Un factor importante resultó ser el tiempo de permanencia en la clínica, ya que generalmente las pacientes acuden a la clínica no por voluntad propia sino porque son llevadas ahí por los padres. Así que para ellas, es sólo un requisito y no una necesidad. Es decir, no existe demanda por parte de ellas. Ellas se encuentran perfectamente bien, lo que es más se sienten perfectamente bien. Sin embargo, las pacientes que ya llevan un tiempo acudiendo a la clínica, han podido, hasta donde lo externalizarán verbalmente, entender hasta cierto punto y con mucha renuencia que efectivamente tienen un problema.

La tercera fase se enfocó a recoger los principales temas a lo largo de las entrevistas anteriores, como por ejemplo la familia, la necesidad de control, la satisfacción, etc. Esta fase, resultó especialmente fructífera porque se ahondaron aspectos como la familia, el control, la escisión del yo, etc. La cuarta y última fase se enfocó a discernir algunos puntos concernientes a las fantasías de los pacientes en relación a los puntos anteriores (familia, control, etc.) Aquí, se abarcaban aspectos en torno a las fantasías

de la anorexia y en general de los temas hablados en las entrevistas anteriores, con el fin de tratar ahondar un poco más en la formación del síntoma.

Dice M. Burgos que: "La relevancia de las preguntas que hace el investigador es determinada por la definición del objetivo, es decir por la forma en que se lo define dentro de un campo de investigación establecido. Desde este punto de vista, el enfoque autobiográfico es una técnica que nos proporciona información acerca de experiencias de vida, subjetividad, elecciones individuales, los motivos racionales conscientes de las acciones y así sucesivamente; pero no obstante un medio de interpretación mas que una declaración autosuficiente de verdad." ²⁴

Así pues, nuestros objetivos principales consistieron en ahondar en la relación de los pacientes anoréxicas con su cuerpo y con el ser mujeres. Es decir, la tesis versaba sobre la idea de que la anorexia era una patología de género que además se encontraba íntimamente ligada con la manera en que estas pacientes percibían y significaban su cuerpo, tratando de desaparecer cualquier evidencia de lo femenino en él. Es decir, anulando su relación con el ser mujeres.

Así, los ejes temáticos, iban dirigidos a el cuerpo y el ser mujer.

Sin embargo, conforme tuvimos la oportunidad de adentrarnos en el relato histórico de sus vidas, nos dimos cuenta de que ellas no solamente hablaban del cuerpo, y del ser mujer. Inclusive podemos decir que estos temas no fueron tan importantes y que por ejemplo el ser mujer fue algo de lo que sólo una de las pacientes tocó en su historia de vida y de manera muy rápida.. Así que nos vimos en la necesidad de cambiar los ejes temáticos por ejes más reales para ellas. Los temas recurrentes fueron:

-Satisfacción de ser anoréxica

²⁴Burgos, M en Aceves J Comp.(1993) Historia Oral.México.Universidad Autonoma Metropolitana.

- Punto de quiebre, surgimiento del síntoma como línea divisoria entre un antes y un después.
- Escisión del yo
- Control
- Hambre
- Familia
- La nada
- El autocastigo
- La alienación
- El cuerpo
- La feminidad

Es importante recalcar la ausencia o en todo caso, la discreción con la que nos hablaban acerca de ciertos temas, como por ejemplo, la sexualidad o lo femenino. Cuestión que nos pareció importante sobre todo por la falta de apetito sexual que las caracteriza. Este hallazgo será discutido con mayor profundidad, ya que consideramos que no porque no hayan hablado de ciertos temas, éstos no se encuentren presentes en la base de la formación del síntoma.

d.El Lugar

La clínica de anorexia del Hospital de la Nutrición Salvador Zubirán, es un espacio que procura dar contención a los pacientes anoréxicos. La clínica se fundó hace ya más de diez años, y desde entonces ha sufrido diversos cambios en cuanto a su aproximación al fenómeno anoréxico, en cuanto a su cohesión, su constitución y como consecuencia el tratamiento de los pacientes ha variado considerablemente.

Debido a la actual ambigüedad e ignorancia por parte de la comunidad médica en general, acerca de la anorexia, la clínica carece de un lugar importante dentro de las

prioridades de la institución. Esto ha repercutido en la disposición por parte de la clínica de camas para los pacientes, cuando es necesario internarlos.

Se pretendía crear una interdisciplinaridad que permitiera complementar el tratamiento sobre todo por el carácter mortífero al que podía llegar una anorexia primaria grave.

Las pacientes y los familiares de las pacientes por lo general demandan una atención, una constante demanda.

Las pacientes canalizadas a esta clínica son valorados por parte de cada uno de los miembros y después se decide si el problema es abordable. Es decir, si en realidad se trata de una anorexia primaria o de algún otro trastorno.

En general, las pacientes se mantienen en un estado estable, sin descartar que hay altas y bajas. Para ellas, resulta difícil aceptar que tienen un problema lo cual hace aún más complicado que alguno de los especialistas pueda intervenir.

Más bien, lo que se hace en la clínica es informar a los pacientes y sus parientes acerca del problema, del carácter psicológico que lo caracteriza y de la necesidad de estar en constante alerta. Además se lleva un control de su peso y condición hormonal. Frecuentemente, se les administra antidepresivos para motivar a la paciente a trabajar los aspectos que la mantienen ahí.

e. Muestra

El número de pacientes con el cual se trabajó estuvo en función del número de pacientes disponibles en la clínica. Actualmente la clínica cuenta con un promedio de 25 pacientes, de las cuales sólo 10 de ellos acuden regularmente. Cinco fueron los pacientes con los que trabajamos debido a que fueron con las que más contacto se tuvo y quienes además se encontraban diagnosticadas con anorexia nervosa primaria.

Los pacientes que acuden a este servicio son generalmente canalizadas por otras Instituciones o por la misma Institución. Son de clase media-baja. Este resultó ser un factor importante el cual puede someterse a discusión, ya que una de las hipótesis encontradas en otros estudios es que la mayoría de las anoréxicas son de clase media-alta.

Nuestros criterios de Inclusión fueron los siguientes:

- Ser mujeres
- Estar diagnosticadas con anorexia nervosa primaria.
- Ser pacientes de la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"

f. Procedimiento

La historia oral tiene como procedimiento el realizar entrevistas abiertas, que se basarán en ciertos ejes temáticos preestablecidos, pero que procura promover el diálogo y la narración del entrevistado, por lo cual se evitan las preguntas cerradas. La guía de nuestras entrevistas consistió en tres fases: La primera entrevista se realizó haciendo la propuesta de que contarán su vida, como ellos quisieran. A partir de ahí, se tomaron los temas que se tocaron en esa primera entrevista para profundizar en la segunda. Los temas recurrentes fueron listados ya anteriormente. Esta primera fase se tituló Permanencia y Cambio, porque generalmente estas pacientes hablaban de su momento actual y de cómo habían llegado ahí, de tal forma que para enlazar la entrevista con un relato histórico se les hacía la pregunta de si ellas consideraban que había un momento específico donde habían pasado de preocuparse de su peso, digamos de manera "normal", a tener una fijación o una excesiva preocupación por la comida y por el peso. De esta manera ubicábamos el brote anoréxico en un momento determinado de su vida y ahondábamos en lo que sucedía en ese momento y si había alguna relación de igualdad o diferencia antes y después de ese brote. Esto, por supuesto nos sumergía, también en el tema de la Identidad y la manera en que ellas mismas concebían

la enfermedad o el síntoma, es decir como algo externo a ellas o como algo intrínseco a su forma de ser. La segunda entrevista tenía como objetivo ahondar en los temas más recurrentes de la primera entrevista para poder visualizar de qué manera se encontraban posicionados en la formación del síntoma. La tercera entrevista versó sobre el tema de la fantasía y su relación con el síntoma y la identidad.

Se programaron tres entrevistas de una duración de 30-45 minutos aproximadamente. Las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas y los entrevistados fueron informados acerca de su uso. Se les pidió que firmarán una hoja de consentimiento donde se aclaraba para qué iban a ser usadas las cintas, que la información era confidencial y que si en algún momento se sentían incómodas, podían retirarse.

Una vez realizadas las entrevistas y grabadas, se procedió a vaciarlas tal cual habían sido grabadas, para después analizar detalladamente el contenido de las entrevistas.

A continuación presentaremos brevemente el contenido histórico de las entrevistas con cada una de las pacientes, con el fin de que los ejes que más adelante expondremos tengan sentido en relación a su historia. Como se mencionó anteriormente, el contenido histórico es muy parco porque sólo y tal vez, por el contexto en que nos encontramos en el momento de hacer las entrevistas, pudieron hablar más ampliamente de su condición y de su razón de estar en la institución.

CAPITULO V. HISTORIAS DE VIDA

R. nace el 31 de Julio de 1979, en la ciudad de México. Es la segunda hija de dos. Su hermano mayor le lleva 5 años. Su padre tiene cuatro hijos, medlos hermanos de ella. Dice que nunca le afecto eso y que poco a poco fue viéndolo como normal. Su padre es de profesión, contador y su madre, ama de casa.

Dice R. que empezó a ir a la escuela "hasta terminé segundo año de preparatoria porque bueno, tuve que salirme de la escuela porque empecé con la anorexia desde 1995."

Su vida antes de la anorexia era "normal", iba a la escuela, "le ponían reportes". Hasta que se juntó con unas niñas "lotosas" con quienes se "iba de pirra y se ponía borracha". Entonces, es cuando conoce a un "niño". Sus padres no están de acuerdo. Se siguen viendo hasta que "se terminó". Se empezó a poner "más mala". Ya no le interesaba.

Su madre piensa que ese muchacho tuvo que ver con la anorexia: "Mi mamá dice que ella con tal de que estuviera bien, iría a buscarlo para que me fuera a ver y todo." pero R. dice que no, que el muchacho, no tuvo nada que ver con que a ella le diera anorexia. Dice que se dio cuenta de que él no la quería lo suficiente y que además era un muchacho poco responsable y "mediocre".

Para R. la anorexia es: "Como si una persona estuviera diciendo que no comas, que eso te va a hacer daño, que te maneja como ella quiere y pues no sé... es como si una parte de mí quisiera salir adelante y la otra no querer, pero es más grande la que no quiere."

R. piensa que sus ideas son como algo extraño, algo fuera de control, algo que no la deja paz. Dice que tiene que luchar con las ideas: "pues esto de no quiero comer porque me va a engordar o esto sí, esto no. O sea, nada más es encerrarte en un

círculo de cosas que según tú puedes comer y que no te van a subir de peso y pues muchas veces sí puedo. Ya es tiempo. Ya he estado castigándome y a los demás también, molestándolos nada más.

Para R. ella y su vida han cambiado de manera radical: "Yo siempre en la escuela me gustaba hablar con todas, platicar, pero después ya me la pasaba sola... Yo no quería estar con nadie, estaba bien triste."

Antes decía: "mejor morirme", ahora dice "me quiero morir, me quiero morir."

Para R. no es que quiera molestar a sus padres, sino que tiene que ver con una cuestión que no controla pero que a la vez sí controla porque sino, comería como "animalito".

Ella no controla esa parte que le dice "no comas", por otro lado, si no fuera así pasaría a "comerío todo". Está inmersa en una dialéctica del todo o nada. "Yo tengo que controlar mi mente y no comer, aguantarme aunque esté sintiendo hambre... El hambre no existe, es una cosa psicológica que yo puedo controlar." Es decir, que hay una desautorización del hambre que le permite entonces, seguir sin comer, pues no existe, no hay necesidad.

Primero fue el hermano que "estaba muy inquieto", después "empezó" ella con la anorexia. La madre dice que el hermano está muy mal por culpa de ella. Finalmente, R. no se responsabiliza de su síntoma. Se considera como víctima de una "enfermedad" externa que la atacó y que a partir de entonces ella siente que todos la culpan.

Se nos plantea una primera paradoja en el discurso de R. : No quiere comer pero siempre piensa en la comida. La comida representa una forma de socializarse, tiene una adicción a no comer pero sabe que si no come se muere.

Una segunda paradoja es que dice que su vida era "así como ahora: tranquila", cuando antes decía que había cambiado totalmente. Luego dice que empezó a quedarse sin amigos desde como los 10-11 años.

R. se describe como una persona llena de una gran Indiferencia: "Antes los veía llorar y todo y pues a mí no me importaba, o sea ni siquiera pensaba en nada cuando los veía." Su cuerpo es vivido como un cuerpo fóbico, el cual desconoce y ante el cual siente, en ocasiones repulsión: "Cómo voy a reaccionar y ver que mi cuerpo pues se está poniendo un poco más lleno."

"A veces me veo en el espejo y no me veo flaca como dicen que estoy." No es tanto de que me vea gorda, sino que me siento. " Te sientes pesada" " A veces me llega como una ansiedad de pegarme." "Porque estoy cansada y digo ¡Ay! gorda, ya comí esto."

Pareciera que R., juega en referencia a dos polos constituidos por el hacer sufrir a los padres por la sensación de nada: "Pues muchas veces, aunque te des cuenta es como si no te importara, como si te volvieras insensible, como si algo dentro de ti se muriera." "Es como si quisiera vivir sin comer, pero también sin pensar en la comida, ni nada, o sea como si no existiera ni nada así."

Para R. ser normal es: "Que tengas algo por qué vivir por qué seguir adelante, no nada más así porque sí." Lo cual ella considera que no tiene: "No sé si es hacer morir o morirme. " Si pienso así realmente estoy así."

Ante la pregunta de ¿qué te imaginas de la anorexia?, dice: "Es como si algo que es un poco entre los tres: lo físico, lo místico y lo mental. Está en tu cabeza, pero al mismo tiempo dentro de ti y dentro de tu cuerpo: el verte más flaca, pero muchas veces empezas por algo estético, por la vanidad, pero ya después eso no importa, no te importa verte flaquísima o enferma."

Resulta difícil realizar una historia de la vida de R. porque recuerda muy pocas cosas. Dentro de estas cosas, recuerda que cuando era niña jugaba con una amiguita, a quien llevaban a su casa porque su mamá trabajaba. Esta niña frecuentemente rompía sus

juguetes, pero R. nunca dijo nada, sino que era la madre de R. quien, cuando se daba cuenta, intervenía. Dice R. que siempre ha sido una niña bastante solitaria, pero que en los últimos años se ha ido aislando aún más. Actualmente, no va a la escuela y pasa el tiempo con su madre, quien según refiere R. a veces se cansa de ella. Así, pues la historia de R. se reduce a unos cuantos detalles de la infancia y se enfoca sobre todo al momento actual en donde siente que no tiene una razón suficientemente fuerte como para "mejorar".

B. empieza su historia su historia de la siguiente manera: "Siempre fui una niña muy despierta. Siempre quise aparentar más de la edad que tenía. Desde los ocho años yo ya no quería jugar con muñecas. Ya no quería ponerme vestidos. Siempre quise ser más grandé.

B. nace el 29 de Julio de 1978. Nació a los diez meses de embarazo por parto normal. Relata que nació cubierta de una capa amarilla y que por esa razón tuvo que permanecer en el hospital unos días. Ambos padres trabajaban antes de su nacimiento. Cuando B. nace la madre deja de trabajar por insistencia del padre. El padre quería tener una niña. B. relata haber siempre querido ser hija única. Cuando nació su hermano ella se puso celosa, recuerda haberle aventado un reloj en la cabeza: "Casi lo descalabro, casi lo mato y ahora siento y razono y digo es que era por eso: estaba celosa".

B. quiere ser la única: "Todavía no acabo de aceptar la idea de que tengo hermanos y que mis papas nos quieren a todos y todo para todos."

Recuerda sus años escolares donde ella siempre quería ser la mejor en todo. Sucede que en esa época se enamora de un muchacho que era el novio de su mejor amiga. Su mejor amiga se ponía celosa de ellos y finalmente él se va a vivir a Guadalajara y B. se queda muy triste y arrepentida: "Se me vino todo el mundo encima. Ya no me sentía nada. O sea, sentía que lo que daba valor era él."

Para B. ser bonita y atractiva es muy importante. Dice que una mujer bonita es una mujer "anoréxica", como las que sacan en las revistas.

Así pues, la anorexia surge como una consecuencia de su preocupación por ser bonita, delgada, atractiva. Alguna vez su abuela le dijo que cierta ropa no le iba a quedar a ella sino a su prima, quien estaba más delgada. B., se sintió terriblemente frustrada.

Sintió que le decían gorda, se sintió fea. Dice "Eso fue lo peor, hasta el momento no puedo dejar de decir cuánto daño me hizo con esas palabras."

Dice B. que empezó a estar enferma desde los 8 años, pero que cuando empezó a bajar de peso fue en secundaria: "Desde que dejé de andar con ese chavo."

Finalmente, comienza a bajar de peso rápidamente. Deja de comer, se siente débil. Sus padres no se percatan demasiado, hasta que un día un tío llega a la casa y le dice a sus padres que si no la llevan rápidamente al hospital puede morir. Los padres la habían llevado con algunos médicos pero al no recibir orientación alguna suponen que sólo es cuestión de que decida comer. B. es sometida a toda una serie de exámenes, hasta que en el Hospital Psiquiátrico Infantil le diagnostican anorexia. Término que B. nunca antes había escuchado. B., se sentía bien, no entendía por qué la hospitalizaron: "Yo odiaba a ese doctor. Yo decía pero por qué me hospitalizaron si yo estoy bien, puedo hacer todo, hago lo que quieran, que corra, que haga lo que quieran, pero no me dejaron y me hospitalizaron."

La vida de B. hasta los 8 años, había sido una vida "muy feliz". Su padre tenía muy buen trabajo y siempre los consentía mucho. Recuerda esos días como los días felices, donde vivíamos demasiado bien." "Me acuerdo que una vez me compró un bastón de violetas y se me cayó. Lo abrí y se me cayeron."

Entonces, el padre cumple 40 años y es despedido del trabajo y para B. desde entonces las cosas en su familia no han ido muy bien: "Ya no teníamos los mismos privilegios. Yo me acostumbré a una vida bonita."

Recuerda entonces que empezó a "desarrollarse": "Me empezaron a salir bolitas y bueno mi mamá estaba bien preocupada." Fue en la primaria cuando dice haberse sentido desagrado con su cuerpo por primera vez: "No se me ocurrió nada así de dejar de comer. Mis ideas estaban ahí pero no se desataron."

Cuando empieza a desarrollarse, B. siente que su padre no debe tocarla de la forma en que la toca: "Cuando yo empecé a sentirme más grande, decía yo: Pero es que no me gusta que me toque. Empecé a ponerle un alto." Entonces, tenía 12 años. Desde esa vez las cosas han cambiado con su padre. Este lo tomó muy a pecho y empezó a hablarle poco.

Para B. existieron tres factores conflictivos importantes:

- La pérdida del trabajo de su padre.
- El muchacho que la dejó
- El sentirse desagrado con su cuerpo.

B. siente que su padre es muy exigente, sobre todo con su hermano y ella. A los dos hermanos más chicos no se les ha exigido tanto como a ellos.

El padre, según B. siempre quiso poner como una imagen perfecta, la cual poco a poco fue cayendo. Ella se dio cuenta y se decepcionó: "Lo que me chocó fue de que me di cuenta que mi papá siempre nos hizo creer que él era el hombre perfecto, que no es cierto, entonces ¿por qué nos exige tanto?"

Así, pues el padre descrito por B. deja de ser aquel padre bueno y bondadoso que la consentía y la consideraba su favorita para ser ahora un padre exigente, castigador, intolerante. Nos cuenta B. cuando un día el padre estaba haciendo la tarea con su hermano y ella. A ella le costaba trabajo aprenderse las tablas y el padre se desesperó rápidamente: "Mi papá decía no entiendes, te pego, no entiendes te pego y pues entre más me pegaba menos entendía." Recuerda B. haber estado presente cuando su padre se molestó tanto por no haberlas encontrado a ella y a su madre en el supermercado que tuvieron una discusión bastante acalorada, en donde el padre decidió marcharse. Ella nunca entendió por qué, pero recuerda que le dijo a su mamá: "Mamá yo prefiero que mi papá no regresé porque nos dejó, nos dejó así como si fuéramos unos perros."

Alguna otra vez, relata haber visto cómo el padre golpeaba a la madre por un detalle sin importancia en relación a un niño que aventó una piedra a la ventana. El padre es percibido por B., como un padre agresivo, intolerante al cual sin embargo, siempre quiere sorprender.

B. siempre quiere cumplir con las exigencias y expectativas del padre: "Yo pensaba tengo que ser perfecta, o al menos aparentar que soy perfecta para que ellos me traten así. Empecé a guardarme las cosas."

B. se siente culpable: "Cuando yo me sentía enferma, yo sentía que las cosas estaban bien mal y pues es por mi culpa."

Para B. ser anoréxica, ha sido lograr algo que no todos pueden lograr. Con esto B. se refiere a una cierta capacidad de indiferencia, de indolencia: "Yo no sentía nada, me pegaba y me dolía pero no y por lo mismo a mí no me llamaba la atención los chavos. Antes no sentía nada, ahora siento todo. No sé siento emociones que antes no sentía y como a veces, los chavos que a mí me gustan no todos me van a tener en cuenta a mí y como yo estaba acostumbrada a tenerlo, no todo, pero casi todo lo que quiero y entonces cuando un chavo no me toma en cuenta me empiezo a sentir mal. Me pongo a llorar y entonces, pienso: Yo quiero ser anoréxica para que ya no sienta nada, para que nada me afecte y que haga lo que haga no me importe nada, porque en ese entonces no me importaba ni mi familia."

M. nació el 18 de Enero de 1979. Tiene una hermana gemela y otra hermana más chica. Empezó a tener anorexia a los 15 años, "más o menos". Actualmente lleva 6 meses asistiendo a tratamiento en el Hospital Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", pero ha recibido todo tipo de ayuda psicológica, inclusive ha acudido a Comedores Compulsivos. Para M. la escuela es de fundamental importancia. Antes acudía a un Internado, en donde según ella narra, nunca se sintió muy agusto. Sentía una gran presión por parte de sus compañeras: "Eran muy envidiosas, de que vas a una fiesta y dicen es que es una coqueta y no sé qué, además yo nunca tomaba ni nada, entonces era demasiado decente para muchas y tenía que inventar. Me acuerdo que desde chica siempre he tenido muchísimos problemas con mis amigas, no sé si es por mi forma de ser pero era de que mangleaban demasiado y que me trataban super mal y aparte yo superdébil de carácter que estaba así y me hacían cualquier cosa y lloraba."

Fue un poco antes de salir de esa escuela, que empezó a tener fantasías en relación a una violación: "Yo tuve una época en que soñaba que me violaban y hubo un tiempo en que yo sentía que me habían violado y estaba medio alterada y cosas así." Es así que durante meses fantasea que la violan. Constantemente se siente amenazada pero poco a poco estas fantasías son más periódicas, hasta que un día desaparecen. Es entonces, cuando comienza a hacer una gran cantidad de ejercicio y posteriormente a dejar de comer. A M., la invade la angustia que se externaliza en esa necesidad de vomitar: "... un día comí a la hora de recreo y dije: tengo que vomitar y entré al baño para vomitar. No vomité y dije: prefiero no vomitar y empecé a correr en la escuela y subí y bajé tres pisos y ya lo había hecho otras veces y nadie se había dado cuenta."

Sus padres son vistos por M. como problemáticos. Su madre es una "obsesiva de la limpieza" y su padre "era alcohólico". De esta manera ella justifica la anorexia: "a veces en donde hay un padre dependiente, también hay un hijo, y yo no tomo, pero soy anoréxica y mi mamá su forma de ser con la limpieza, que es dependiente de una codependencia, pero mis papas dicen que no."

En su caso todos la persiguen, ya que la vigilan para que no vomite o para que coma o no coma. Describe la situación como un caos, puesto que de cualquier forma ella siempre tiene la culpa, nunca hace lo que los demás esperan de ella por más que se esfuerce. Sus padres exigen respuestas, exigen buenas calificaciones, estabilidad emocional, un peso estable, etc. pero ellos no se responsabilizan de nada. Dice M: "Y es que yo también les digo que es que yo no sé tampoco y es que ya estoy harta de estar quedando bien porque cualquier cosa es malo y entonces trato de quedar bien y si no puedo ya es regaño y es que si ahorita comento que hemos sido protegidos, eso es lo que va a ser malo en cambio si les digo que no, nunca se han preocupado por mí, entonces pues es que le digo que yo ya no quiero ir a ningún lado y entonces dicen que es que no puedes sola, estás mal y mi mamá se enoja y dice que estoy totalmente mal, desquiciada, loca. También mi hermana dice que ya está harta de que me cacha cuando vomito y todo el tiempo peleando y que a lo mejor ya se quiere ir a vivir a otro lado y en ese caso yo también me quiero ir a vivir a otro lado."

M. se siente terriblemente presionada por sus padres. Dice ser una muy buena estudiante y sentirse muy contenta en la escuela, cosa que no reconocen sus padres: "... yo todavía tengo la obsesión de seguir bajando, o sea, por mí he seguido adelgazando y pues luego digo: Ay pues me vale, que me saquen de la escuela, o sea no pienso subir de peso, pero pues igual porque sí quiero ir a la escuela porque es algo que me encanta: ir a la escuela. Y pues luego les digo a mis papas: ay falté 15 días a la escuela y llegué y todo, y salí en el cuadro de honor. Y les digo, y me dicen: No me interesa nada de tu escuela, o sea no me interesa tu cuadro de honor, por lo menos pediría un 6 en tu vida personal. O sea, que no les importe tanto las calificaciones, si estuviera mejor en mi vida. ¡Ah!, pero eso sí, entregan calificaciones y sacó una calificación que esté mal, o sea saigo reprobada y dicen: Esta calificación está mal entonces la vas a corregir."

M. sufre en su síntoma, "pero la que más sufre soy yo." Dice que siente impotencia de no poder hacer lo que los demás quisieran. Al mismo tiempo que dice que en realidad

"hago todo por los demás". Y es que cuando estoy con amigos y amigas, estoy muy contenta y todo y de repente digo: Ay si supieran, no sé, que vomito, como que ya ni se me acercarían, como que me importan mucho esas cosas. O sea, ayer platicaba con una amiga y como, o sea platicábamos de la graduación y todo padrísimo de lo más normal y de repente ¿cómo vas? y ¿Cómo? y ¿vomitos? ¿todos los días? y digo no, o sea, como que no le encuentro nada porque ya en eso me pregunta y siento que me ve así como que ya está mal, entonces prefiero que mejor no me pregunten. "

Ella sabe: "yo sé mucho más de la anorexia.... "

Un factor importante es el control que ha sentido que en algún momento le brinda el no comer, el vomitar aunque ya ese control se le ha deslizado de los manos. Es ahora la mente la que la controla: "Bueno todo me querían controlar y bueno la comida no me la pueden controlar. Ahorita lo que me controlan también es la mente, porque pues yo hasta ya no puedo más, pero o sea, sé que no, claro que no los voy a cambiar, pero en lugar de decir bueno ya, ya y porque la verdad todo esto no es nada feliz, ni padre. "

"Por ejemplo, yo antes veía en mi casa, casi todo lo controlaba y lo único que controlo es la comida porque nadie ha podido, realmente nadie ha podido, o sea cuando yo quisiera es cuando yo se supone que voy a querer, pero como antes decía es que yo esto de la comida lo puedo controlar, pero ahora ya no me controlo, la mente es la que me controla porque ya, o sea, yo sola no puedo, no puedo decir no vomito. Llevo muchísimo tiempo de no poder, de vomitar todos los días y decir y de levantarme y decir hoy no voy a vomitar, y cuando menos ya vomité y sé que tengo que pedir ayuda."

M. percibe que la anorexia es una especie de lucha interna en donde "Realmente no es de que M., yo, diga sino que la mente es la que gana aquí, no es de que la voluntad y no sé qué. A parte se me hace como decir de estar diciendo no, sí quiero, voy a comer, ahorita voy a comer bien, realmente me gusta, pero no, apenas veo la comida y ya es así como repulsión, así de no quiero o te lo comes pero vas a vomitar. Entonces, luego digo qué horror, de pronto soy una persona pero cuando me entran esas cosas es como si fuera otra persona, porque yo puedo ser de lo más tranquila, linda y cuando me

entran esas cosas de que no quiero, así me entra M. y agresiva y cosas así. Como si yo estuviera aquí pero alguien más dijera come, pero de este lado me dice no, vas a ver, tonta por qué comes, y casi siempre gana la mala."

Así pues, M. se ha ubicado como anormal, como enferma. "Igual yo a veces digo: pues no soy una niña normal que no puede comer normal o con el simple hecho de una chavita que necesita estar vomitando pues no es una persona normal." "Me siento como tonta o rechazada."

Su mayor sufrimiento en este momento es el que quede el recuerdo de ella como M. la anoréxica: "Pues estoy muy triste porque la verdad la directora estaba diciendo no pues ya se van y todo y me da tristeza dejar ese recuerdo, de que M. tenía anorexia."

Ella se describe a sí misma como alguien mentirosa, egoísta, débil de carácter. "Mi mamá siempre me decía que a cada rato que me decían las cosas o me hacían y lloraba y me decía es que ya no te vamos a llevar y a penas me decían que no y luego, luego me volvían a hacer y ay no me importa y mi mamá se sacaba muchísimo de onda, porque decía es que qué débil eres de carácter." La familia percibida por ella está llena de contradicciones porque por un lado la llevan a tratamiento pero en cuanto empieza a haber cambios, ya no quieren, exigen resultados inmediatos, pero sólo con respecto a M. Por otro lado, le dicen a M. que hable pero luego le reclaman que haya comentado tal o cual cosa acerca de ellos.

M. está llena de coraje, de furia contenida. Siempre se exige a sí misma la perfección, aún para vomitar. A ella no le da pena, sino coraje cuando la cachan pues no supo hacerlo bien: "Me da muchísimo coraje que me cachen en lugar de que me de pena."

M. parece estar inmersa en una constante dualidad donde puede ser una persona tranquila y linda pero "cuando le entran esas cosas", es una persona extremadamente agresiva. La comida para M. cuando se introduce en su cuerpo inmediatamente tiene consecuencias, se nota, se ve que acaba de comer algo, sube de peso en ese

momento, se le forma una pequeña llantita: "Por ejemplo yo decía es que se acaban de comer, comieron muchísimo y pastel y no sé qué, pero se ven exactamente igual, no les vez un... que estén gordas, en cambio yo siento que si comí un chicharrón ya se me nota. A parte, si yo siento que comí y voy a salir, empiezo a pensar que estoy gorda y pues no, claro que no. No sé, es el decir yo si quiero y como normal, pero sé que si como normal, tengo que subir de peso y por qué tengo que subir de peso, si puedo estar así."

El cuerpo de M. es vivido por ella con cierto extrañamiento. Le "choca" su cara. "Una cosa que me choca es en la cara, me siento que estoy cachetona." No reconoce su cuerpo flaco. "Bueno digo no es una persona porque tampoco digo, estoy gorda, o sea yo no me veo gorda. Cuando comes te vez gorda per no es de que me vea gorda, así estas gorda, pero tampoco me veo flaca, o sea es una persona delgada pero no es de que estás flaquísima, pues no. Delgado sí, más no flaco". Paradójicamente en este aspecto, dice no importarle lo que los demás digan: "Pues no sé, porque a mí si me dicen estás flaquísima no me molesta en lo más mínimo, no es ninguna agresión. La gente dice: "Ay qué ojeras", pero diciendo se ve mal, pero si a mí me dicen, pues... me siento bien."

La historia de M., es una historia que se encuentra significada sobre todo por la familia y la escuela. Le preocupa mucho lo que los demás piensen de ella.

A sus 18 años relata su historia empezando por la fecha de nacimiento, que vivió cerca de Reforma, que después se mudaron al sur y desde entonces acude al colegio en el que está actualmente. Siente que su familia siempre se ha esforzado por ser una familia "perfecta", con hijas perfectas, muy bien educadas, pero que eso se aleja mucho de la verdad. Recuerda cómo, por ejemplo, su padre siempre estuvo muy distante y ausente, a que jugaba mucho. "Los domingos nos íbamos al hipódromo y mi papá se iba a jugar y nosotras por nuestro lado." A M. le gusta mucho la escuela, el ejercicio, la comida, todas éstas, cosas que son conflictivas. Considera que la comida es un "lujó", que no debe darse, que no se merece.

Desde hace unos tres años que M. siente que es la principal protagonista de los conflictos intrafamiliares. Dice estar harta, pero no puede hacer absolutamente nada. Así, su historia adquiere coherencia sólo en relación al momento actual, es decir al ser anoréxica.

P. nace el 14 de febrero de 1983 en México D.F. Dice que recuerda cuando era muy pequeña "Pues me acuerdo que un día me acuerdo que estamos en México, en casa de mi abuelita y que yo comía frijoles y que un día se me cayó uno y yo no quise comer hasta que lo encontraba y ya lo encontré y estaba en mi babero, de eso sí me acuerdo y luego me acuerdo que estábamos en Puebla y que teníamos una cocina. Eran tres niñas de un vecino y uno de otro que todavía era mi amiga, pero era mayor que yo. Me acuerdo que ahí jugábamos siempre y ya después me acuerdo de que yo me fui con mi mamá a orizaba y mi papá con mi hermano a México porque quebró la fábrica donde él trabajaba y entonces pues ya él nos iba a visitar y eso y ya después ya nos pasamos acá con mi abuelita, pero nos cambiamos a la obrera y luego como se le ofreció el departamento el jefe de mi papá, pero renunció porque quería trabajar por su cuenta, pensando que iba a ganar más pero ganó menos y entonces el jefe ya iba a vender el departamento y lo deshabitamos y nos fuimos a la Juventino Rosas y estuvimos como dos o tres meses y luego ya volvimos a la casa de mi abuelita y ahí estamos."

La razón por la cual acude al hospital es porque cuando tenía cinco o seis años dejó de comer, o comía una sola cosa. No recuerda la razón por la cual dejó de comer, sólo dejó de comer.

Actualmente, lo único que le molesta es la carne. Ella se siente diferente a los demás pacientes de la clínica porque nunca se ha sentido mal por comer, ni tampoco se ha visto o sentido gorda.

Su objetivo en la clínica es crecer y pesar más: "Pues que ya estoy mejor y que así me dan de alta porque lo que quieren es que mida más porque como todavía estoy en tiempo de crecimiento... para que no me quedé chaparra."

Describe su vida cotidiana así "Pues ahorita tengo beca de primero y ya me van a pagar y yo la estoy renovando para tercero. No tengo muchas excelentes

calificaciones, pero sí son buenas y me gusta salir con mis amigos, vamos a conciertos y al cine y vamos a hacer una tabla gimnástica."

Los cambios que ha sentido se refieren al crecimiento y a que ha engordado un poco. Algunos otros recuerdos son: "Pues me acuerdo que una vez, salíamos del banco. Mi mamá me estaba cargando, quién sabe cuántos años tenía o meses. Y otro, tenía como un año o dos y quería que me cargara mi papá, pero no sabía cómo decir que me cargaré, entonces empecé a pensar y dije "a biogo, bigo" y que me carga, pero sí me acuerdo que pensé en ese momento, y ya después me acuerdo que vivíamos en Puebla y íbamos al kinder, íbamos al mismo kinder mi hermano y yo, pero creo que era kinder y primaria y entonces luego mis papas se separaron y entonces yo me fui con mi mamá a vivir a Orizaba con mi tío y mi papá se vino acá a México a vivir con mi abuelita y nos veía de vez en cuando y creo que desde ahí empezó el problema, quién sabe."

Actualmente viven con la abuela y eso les causa cierto conflicto porque es "muy sarcástica", sobre todo con su mamá.

C. tiene 19 años. Nació en el D.F.

A los tres años de edad, su familia se muda a Dayton, Ohio por tres años. C. regresa a la Cd. de México a los seis años y continúa por la mitad de Kinder II. Estudió la primaria, secundaria y preparatoria en el mismo colegio. Decide al terminar la preparatoria, estudiar tecnología de alimentos, sólo que actualmente ha decidido cambiar de carrera, principalmente porque considera que al ser una carrera íntimamente relacionada con la comida, no es una buena idea.

Comenta C. que su vida ha sido muy feliz. En tercero de primaria tuvo una mejor amiga llamada I.

Recuerda como desde chica ha asistido a un club deportivo, cerca de su casa, donde iba su prima.

Es insistente durante toda su historia, la incursión en diferentes ámbitos deportivos como el ballet, el hawaiano, la natación, el jazz, la gimnasia olímpica, aerobics y pesas. El momento de ruptura se caracterizó por una intensificación de estas actividades y por un afán por adelgazar: "Empecé a ir a clases de aerobics y empecé a nadar como 300 metros y empecé a hacer pesas y de todo y empecé a hacer muchísimo ejercicio y empecé a dejar de comer un poco, bueno una tía un día dijo: ¡ay! si yo amo esta dieta, que estas igualita y mira que es buena y entonces la empecé a hacer pero más o menos, nunca así y entonces como que ya nunca hice dieta de comer esto porque tiene grasa y chocolates no porque sacan granitos y también mi hermano era de que ¡ay!, hay que ponerse a hacer ejercicio y como que si decía ya estas engordando, igual y lo decía por molestar, pero como que yo decía no igual y si me estoy empezando a ver gorda, porque como que yo sentía más, como ya no hacía ejercicio, como que me sentía más llenita entonces, dije no."

Antes de este punto, generalmente pasaba las tardes con una amiga con quien veía la televisión y comían y dormían cíclicamente.

La razón del cambio drástico no es muy clara: Yo antes con mi amiga que nos íbamos en las tardes, se iba y comíamos, nos poníamos a ver la tele, y nos dormíamos y al rato nos despertábamos y palomitas, chocolates... o sea, como que ni lo pensaba, era lo que menos me preocupaba, pero luego ya después no sé porqué, típico que empiezas

a leer una tabla de una copia en el super de esos que te dan de dietas con una tabla de alimentos de calorías y que decía si quieres bajar de peso come 900 calorías al día, entonces yo hacía los cálculos con esa hojita y pues ya más o menos y como que empiezas a o sea, todo lo que comía lo iba calculando..."

Los demás, poco cuentan en este relato histórico hasta que su obsesión por las calorías y el adelgazar fijan la atención de la familia y comienzan a presionarla: "Como que pierdes la dimensión, tú crees que estás comiendo bien y la verdad es mínimo y sí es medio estresante y las relaciones con tus amigas y todo era de que y aun pero pues come, no quieres y yo no gracias ahorita no quiero y empiezan Ay, bájale con tus dietas, qué rara o digo como me ven tan flaca se enojaban y me decían es que ya come y sí ya voy a comer. O mis propios papas, era horrible porque era un pleito de que ya come, y yo decía sí, sí voy a comer pero por más que quería como que la misma, como que algo dentro de ti, como que es un pleito dentro de ti misma porque por una parte de ti te dice ya tienes que comer pero otra parte dice no, no puedes, no comas eso, no comas mucho, no."

Comienza por ver una nutrióloga, con quien no se sintió agusto. Posteriormente, va a ver al ginecólogo y a través de una conferencia se enteran de la clínica de anorexia en el Hospital Nacional de la Nutrición y deciden acudir.

Ahora C. siente que su vida ha cambiado y que puede sin problemas, salir y comerse una hamburguesa sin remordimiento alguno. Siente cierta libertad.

CAPITULO V. ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

Ai analizar el discurso de los pacientes anoréxicas, nos preguntamos, ¿por qué cuentan su historia de una determinada manera?, ¿por qué recuerdan ciertas cosas y otras no?

Hemos observado que cuando se les hace la pregunta acerca de su vida, lo primero que hacen es hablar de cómo llegaron a la consulta.

Les cuesta trabajo desligarse de su padecer. Es decir, se dificulta una recreación histórica más rica porque por el momento su historia en calidad de pasado y de porvenir no tiene mucho sentido, se encuentra detenida en el tiempo. Nada tiene más sentido, que el acto de "comer nada", de vomitar, de contar calorías, etc.

Nos preguntamos si la formación de tan característico síntoma constituye un modelo identificador, porque consideramos que el síntoma resuelve de cierta forma, el conflicto que constituye para ellas la existencia.

Así pues, el análisis girará en torno a la ubicación de ese brote anoréxico. El análisis se expondrá de acuerdo a la manera en que se realizaron las entrevistas. Es decir, la primera fase de permanencia y cambio, la segunda de los ejes temáticos y la tercera en torno a la fantasía.

a. Permanencia y cambio

"El hombre hace y ante toda, hace
subsistir en una cierta permanencia todo lo que
ha durado como humano."
-Lacan

Haremos un cuerpo histórico donde los lugares de lo femenino, del cuerpo, del control, de la satisfacción, de la escisión del yo, del padre, de la madre, de la sexualidad, del vacío, etc. se encuentran en una especie de partida de ajedrez donde los lugares que ocupa cada una de estas piezas es variable. A veces ocupan un lugar fuerte y estratégico, otras un lugar peligroso ó débil, y otras veces simplemente no figuran como piezas importantes. Cada una de estas historias puede tener algunos puntos en común que desde la teoría pueden nominarse de alguna manera, pero que ocupan un lugar particular en la conformación formal del cuerpo histórico de los relatos de vida. Como una ilusión metafórica construida efímeramente por imágenes, fantasías y recuerdos que nos acercan momentáneamente a la esencia de B. y de R. y de M., que nos acercan a su "verdad", la cual es una ficción, una imagen que se contrae y se dilata a cada instante porque esa es su esencia: las apariencias. Por eso sólo podemos conformarnos con este acercamiento ilusorio y tan verdadero que es fugaz.

El tema de permanencia y cambio nos pareció un tema fundamental porque en él se encuentra presente la idea del movimiento y la temporalidad. Esto es, que las historias que estás pacientes, junto con el investigador, construyeron están permeadas de movimientos, deslices y también estancamientos temporales, en donde la creación del síntoma ha permitido que su vida tenga un curso y su existencia una identidad.

La idea de que la anorexia es una enfermedad externa que viene a paralizarlas y cambiarlas totalmente, se encuentra muy presente y por lo mismo, determina cómo construyeron su historia. Por otro lado, ésta relación mente-cuerpo es también un tema que se encuentra insertado en esta temática de la permanencia y el cambio, donde la mente cambia al cuerpo y viceversa y donde las ideas distorsionan la manera en que ellas mismas se perciben.

El asunto versó en torno a si el síntoma anoréxico había significado un punto de quiebre importante en las vidas de estas pacientes y si había marcado un antes y un después, ¿había algo que podían describir como igual antes y después del síntoma?, o ¿el síntoma había transformado sus vidas tan radicalmente de tal forma que había conformado una nueva forma de ser?

Estas preguntas se encuentran en un íntimo lazo con la función y el papel del síntoma. Dice Freud: "El síntoma se engendra como un retoño de cumplimiento del deseo libidinoso, inconsciente, desfigurado de manera múltiple, es una ambigüedad escogida ingeniosamente provista de significados que se contradicen por completo entre sí."²⁵

Nos preguntamos, ¿cuál es la función del síntoma anoréxico? Es decir, ¿puede hablarse de una sustitución o de una solución a algo mediante la sensación de alivio, de orgullo y de control? y ¿cómo este síntoma particular está desfigurado?

Ahora bien, no debemos olvidar que el surgimiento del síntoma, es de particular importancia, dentro del contexto histórico del discurso. Es decir, el síntoma aparece como indicio de verdad en un momento específico. Nos interesó, cómo las pacientes podrían describir ese momento y qué cosas se veían jugadas cuando la anorexia se define como tal.

²⁵Ibid.p. 328.

Montendremos estas preguntas presentes al describir cómo las pacientes entrevistadas hablan de su síntoma, en un momento particular de su vida, así como lo que significa este síntoma en términos de un cambio o de una permanencia.

R. refiere que antes ella era normal y que a partir del brote anoréxico, ella se transformó en alguien completamente diferente:

"Yo antes era normal." Para R., el punto de ruptura entre el ser normal y el ser anormal fue en 1995: "Empecé a bajar y cuando se agravaron las cosas en Marzo, bajé mucho así rápido y en Mayo me hospitalizaron no tanto por la bajada de peso, sino porque había muchos problemas en mi casa, de que no quería comer, algunas discusiones y todo." Resulta curioso escuchar cómo R. piensa que fue hospitalizada por los problemas que había en su casa a raíz de que ella no quería comer, como si los problemas fueran de su casa y no de ella. Dice R. "vengo aquí desde el 21 de Agosto cuando entré pesaba 40 kilos."

Para R., la anorexia la ha transformado en alguien diferente: *"Yo cambié totalmente porque no sólo con la comida, sino que yo siempre en la escuela me gustaba hablar con todas, platicar, pero después ya me la pasaba sola, yo no quería estar con nadie, estaba sola." Dice que antes no estaba gorda, pero que empezó a fijarse en la lonjita y a bajar y a bajar sin control alguno. Dice que primero fue como con un afán estético, pero que después eso tampoco le importaba. El problema no era el estar delgada, sino las ideas que la atormentaban: "Esas ideas de estar acabando conmigo, no sé, había veces que sí me sentía triste conmigo, pero decía 'mejor morirme'. Pero nunca estaba así como 'me quiero morir, me quiero morir.'"*

Antes R., era más feliz, y ahora en cambio se siente torturada por todas estas ideas obsesivas que rondan su cabeza y que no la dejan ser: *"Pues sí era más feliz. De todas formas estoy aquí. Antes estaba sin tantas obsesiones ni preocupaciones."*

Sin embargo, luego se cuestiona qué tan feliz era realmente: "...si hubo una época en donde pues si fue feliz. No sé si exactamente feliz, pero si más feliz que ahorita. No estaba llena de problemas o cosas tristes como ahorita."

Algo que a R., le resultó agradable de las entrevistas fue: "Es bonito recordar que mi vida no siempre fue así."

Para B., el punto de quiebre, el momento en que todo empezó (la anorexia) sucedió de la siguiente manera: "Es como decía mi mamá cuando empezó a entrar la enfermedad, cuando ya estaba así un poco mal. Dice: "Es como que extraño verte reír, extraño que me cuentes de tus cosas, que me cuentes de tus amigos, tus amigos. Que seas feliz otra vez."

Curiosamente B. habla de lo que su madre dice, de los cambios en ella, más no lo que ella sintió o lo que significó para ella ese cambio.

B. dice que los ideas se encontraban en ella pero que sólo después se desarrollarán: "Se puede decir que fui a concursar como la mejor alumna de sexto . Fue ahí cuando me empecé a sentirme a disgusto con mi cuerpo, pero pues nunca se me ocurrió nada así de dejar de comer ni nada. Mis ideas estaban ahí pero no se desataron. Cuando entré a la secundaria fue cuando se desató todo."

En realidad, la evolución del síntoma anoréxico en B. fue muy gradual, ya que empieza a relatar que: "cuando llegué a tercero, yo ya tenía, o sea, ahorita que ya sé qué es lo que es la enfermedad, yo ya tenía muchos comportamientos de una anoréxica, comía pero muy despacio, me tardaba media hora en acabarme la torta que me daban."

Dice B. que ella tenía amigas muy delgaditas que la inspiraron para que ella se pusiera a dieta. Gradualmente empezó a bajar de peso y finalmente se agravó la situación cuando conoció a un chico que salía con su amiga quien pesaba 42 kilos. Eso la hizo pensar que ella también debía alcanzar dicho peso. "Dejé descansar seis meses y me

puse a bajar de peso. Hice una dieta, no muy estricta, pero empecé a bajar poco a poco. Cuando pasaron esos seis meses, yo ya pesaba como unos 38 kilos, no como 34. Fue entonces, cuando me empezaron a llevar al médico, al seguro social y los doctores me decían que comiera que así no les iba a gustar a los chavos."

Un factor repetitivo en el discurso de B., es la envidia que siempre ha sentido hacia sus amigas, su hermana, su tía, etc. Siempre se compara con las demás mujeres. Ella no se siente bien con su cuerpo, con su cara y entonces constantemente busca parecerse a alguien que ella cree que sí está agusto con su cuerpo. *"Si, yo desde antes, desde la primaria me sentía diferente a los demás, pero siento que más que nada fue que yo veía a mi amiga y ella era más bonita que yo."* A pesar de eso, en su casa, toda su familia siempre le ha dicho que es muy bella, que es la mejor hija, que es perfecta. Cuestión que tal vez la conflictue aún más: *"mi mamá decía que yo soy una niña modelo, que, o sea, uno no le puede negar nada."*

"Yo sentía que vivía en un infierno, casi llego a los extremos. Estaba muy mal."

Para B., tres son los factores esenciales que contribuyeron de manera directa en la formación del síntoma: *"Es que yo siento que hay tres factores: Eso del trabajo de mi papá, toda la situación económica y luego esto de no sentirme agusto con mi cuerpo, que empezaba a ver diferente a otras chavas y luego al mismo tiempo, pues éste chavo que me sentía atraída hacia él y que cuando se me fue, pues yo sentí que lo perdía todo. Sentí que perdí la mitad de mí, que me moría. Siento que esas tres cosas, que no sé cual fue la más importante."*

Para M., el síntoma anoréxico se forma a partir de la desaparición de una fantasía en relación a una violación. La manera en que desaparece esta fantasía y el temor asociado a ella, significa la puerta a la necesidad de hacer muchísimo ejercicio y luego poco a poco limitar la comida.

Antes de que M. relatara su fantasía de ser violada, ubica el surgimiento del síntoma cuando iba a cumplir 15 años: "Ya iba a cumplir 15 años. Es que yo... me acuerdo, fue más o menos en tercero de secundaria. Ya, en tercero de secundaria, la verdad, yo me acuerdo en el colegio que iba, a mí me chocaba porque en esa escuela como que siempre sentía como que la gente, bueno las niñas, muy especiales, envidiosas, este... mentirosas y entonces a mí ya no me gustó y de repente decía: No, no voy a... bueno, me voy a salir de la escuela y todo esto. Y me salí de la escuela y yo siempre, no sé cuando pienso que me vean que estoy muy flaca, o sea que me vean que estoy así..."

Cuando se le pregunta cómo es que fue el cambio de estar pensando constantemente en la violación a estar obsesivamente pensando en la comida, M. responde: "No sé, de repente se me empezó a quitar eso, o sea porque no fue de que, como que empecé a ver ya no sentir tanta obsesión hasta pensar es que ya no tengo que soñar nunca en la vida eso y desde que tengo esto, no he vuelto nunca a soñar. Pero siempre tengo presente eso de que me angustia muchísimo, pero mi mamá siempre dice es que debes decirlo, pero pues a mí me da mucha pena decir es que soñé que me violaban o sea, porque van a decir es que está tonta, ni la han violado, pero es fuertísimo de que además mi mamá ese día estaba angustiadísima y me pego y todo."

Algo que ha cambiado muchísimo desde que el síntoma apareció es que su actitud hacia la comida como consecuencia, o como resultado, también cambió: "Pues es que yo sé que necesito la comida para mantenerme, pero si voy a comer ahorita, o sea como que la comida no puedo disfrutarla, para ser un placer, para el lujo. O sea, a mí la comida me molesta, porque digo que ¿por qué me tengo, por qué estar dando esos lujos?"

M. considera que una de las cosas que han cambiado radicalmente es la situación familiar porque: "antes igual mi mamá se enojaba y todo, pero pues se enojaba y ya, se le pasaba, pero ahorita es sus ataques más lo que yo tengo. Porque si ahorita, si a mi papá le está iendo mal económicamente y que si mi mamá está así y todo, sé que lo tomarían de otra manera si yo no estuviera enferma, porque antes mi mamá decía es

que no importa que no tengamos dinero ni nada, sino salud pero ahorita que ni siquiera eso. Como que la familia está ahorita muy negativa, todo, todo es malo."

M. recuerda que ella antes era normal: "yo era la típica que flaquitita, flaquitita, y más o menos a los 14 o 15 años pues me desarrollé, me desarrollé y estaba bien, era delgada pero estaba bien. Muchos amigos decían que... porque además en esa escuela eran centrados en lo físico y siempre hacían concursos de la mejor mujer o la más bonita o ... y gonaba. Y causaba problemas porque las mujeres como son, y también me empezaron a pretender los niños y qué buena onda."

Curiosamente M. dice que antes era normal, que era flaquitita, y que se desarrolló. Cabe preguntarse en ¿qué consistió el que se empezará a sentir mal con su cuerpo, siendo ella una niña tan perfecta y tan bonita y tan flaquitita?

La entrevistadora a continuación pregunta a qué se refiere con eso de que "las mujeres como son" y M. responde que "Ah, envidiosas, de que vas a una fiesta y dicen es que es una coqueta y no sé qué, además yo nunca tomaba ni nada, entonces era demasiada decente para muchas, entonces les molestaba. Entonces, tenía que inventar. O también cada vez... a nosotras no nos dejaban tener novio, ni ir a dormir a casa de nadie, entonces cuando ya muchas a los 14-15 años, salían muchísimo a nosotras no nos dejaban y también a lo mejor sí tenía bastantes pretendientes y todo, pero nunca tuve novio ni nada y todas decían ay qué horror. Pero, yo me acuerdo que desde chica siempre he tenido muchísimos problemas con mis amigas, no sé si es por mi forma de ser, pero era de que o me mangoneaban demasiado y que me trataban super mal y a parte, yo super débil de carácter que estaba así y me hacían cualquier cosa y lloraba y hasta se me derramaba la bilis de tanto que lloraba y cosas así. Y yo me acuerdo que cuando pasamos a quinto de primaria, revolvieron los salones, entonces yo me empecé a llevar con otras niñas, pero a mí no me gusta si unas se pelean, tomar partido y yo me iba con todas, entonces eso me causó muchos problemas de estar con unas o con otras."

M. describe el punto de ruptura así: "Yo cuando empecé a decir ay mira como que tengo... sí bueno supe de muchos casos de anorexia y yo tenía, o sea yo empezaba con esas cosas y de que la comida, de que se me antojaba algo y de probarlo, pero no tenía donde escupirlo y empecé a hacer esas cosas, pero nadie sabía que vomitaba y yo pues qué barbara, no hombre, no y luego pues sí dejar... tenía una obsesión así de hacer.... comía bien y todo y hacía muchísimo ejercicio. De repente dejé de hacer ejercicio y bajé muchísimo y dije total ya no necesito el ejercicio porque sí estoy bajando. Y ya, fue cuando empezaron a molestar mucho de que casi no comía y a comparación con lo que como ahorita es muchísimo. Cuando yo decía que casi no comía y ahorita decir sentarme a desayunar o comer o cenar, o sea no."

En cambio, el discurso histórico de P. dista mucho del resto de los demás discursos, porque P. considera que ella no es como las demás, ella nunca se sintió gorda, simplemente dejó de comer, pero sin razón alguna. Dice que tampoco le conflictuó nunca el comer. El punto de ruptura es ubicado justo cuando sus papas se separan un tiempo. Hay muchos cambios en la vida de P. Ella y la madre se van a vivir a Orizaba con un tío y el padre y su hermano se van a México. Dice: "Me acuerdo que vivíamos en Puebla y que íbamos al kinder, íbamos al mismo kinder mi hermano y yo, pero creo que era kinder y primaria y entonces, luego mis papas se separaron y entonces yo me fui con mi mamá a vivir a Orizaba con mi tío y mi papá se vino acá a México a vivir con mi abuelita y nos veía de vez en cuando y creo que desde ahí empezó el problema, ¿quién sabe?"

Cuando se le pregunta por qué cree que vino al hospital dice que "porque cuando yo tenía como cinco o seis años dejé de comer, pero o sea comía una sola cosa nada más."

P. siente que haya diferencia alguna entre antes y después de la anorexia, excepto que ya pesa más y mide más: "Pues a parte del peso y la talla, pues ya por ejemplo ya no estoy así tan flaca o ya tengo más cachetes."

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Describe su vida actual de la siguiente manera: *"Pues ahorita tengo beca de primero y ya me van a pagar y ya la estoy renovando para tercero. No tengo muchas excelentes calificaciones, pero sí son buenas y me gusta salir con mis amigas, vamos a conciertos y al cine y vamos a hacer una tabla gimnástica."*

El momento de cambio para C. fue *"como al final de cuarto de prepa en 94. Empecé así y bajé un poquito en vacaciones. De hecho me fui de vacaciones a Ixtapa con unas amigas y fue cuando ya no me bajó la primera vez y que yo me acuerdo que dije ¡Ay, qué padre!, me voy de vacaciones y nada. Fue como en cuarto o quinto que no me bajaba, no fue tanto, fue como en quinto del mismo 94, ya iba a empezar a subir, fui con la primera nutricionista, pero luego en Navidad y me acuerdo como que dejé de hacer la dieta, porque pues vacaciones y todo y cuando regresé había bajado un poco y luego ya, dejé de ir con ella. Me fui para abajo, para abajo porque ya no hacía ningún esfuerzo y fue todo ese año y ya en sexto hasta que entré a Nutrición que ya empecé a mejorar realmente."*

C. dice *"Empecé a ir a clases de aerobics y empecé a nadar como 300 metros y empecé a hacer pesas y de todo y empecé a hacer muchísimo ejercicio y empecé a dejar de comer un poco, bueno una tía dijo un día "ay sí, yo amo esa dieta, que está igualita y mira es buena y entonces, la empecé a hacer pero más o menos, nunca así y entonces como que ya nunca hice dieta de comer esto o lo otro síntomas bien yo decía no, no ya no voy a comer esto porque tiene grasa y chocolates no, porque sacan granitos y también mi hermano era de que ya hay que ponerse a hacer ejercicio y como que sí decía ya estas engordando, igual lo decía por molestar, pero como que yo decía no igual y sí estoy empezando a verme gorda, porque como que yo sentía más, como que me sentía llenita. No te das cuenta pero llega un momento en que empecé a recortar las cosas y así."*

Antes, dice C. "con mi amiga que nos íbamos en las tardes se iba y comíamos, nos poníamos a ver la tele y nos dormíamos y al rato despertábamos y palomitas, chocolates, o sea como que ni lo pensaba. Era lo que menos me preocupaba, pero luego ya después no sé por qué, típico que empiezas a leer una tabla de una copia en el super de esas que te dan de dietas con una tabla de alimentos de calorías y que decía que si quieres bajar de peso come 900 calorías al día, entonces yo hacía los cálculos con esa hojita y pues ya más o menos y como que empiezas a..., o sea todo lo que comía lo iba calculando."

Como pudimos percatarnos cada una de las rupturas significan de manera muy particular las formas de ser de cada una de ellas. Hasta el momento sólo B. nos ofrece una explicación más racional acerca de las posibles causas que acarrearón el síntoma anoréxico, como el síntoma central en su vida.

La permanencia y el cambio, nos permitieron abrir nuevas puertas en relación al síntoma y su razón de ser. A través de adentrarnos en el momento específico de ruptura, pudimos extraer ciertos temas que para ellos resultaban importantes. Uno de estos temas relacionado íntimamente con la permanencia y el cambio es la Identidad.

Nos preguntamos si para estas pacientes el síntoma anoréxico ha devenido una identidad que las inscribe dentro de un grupo, así como delimita una forma de ser con los demás.

b. Ejes temáticos

En un principio, quisimos darle una definición "operacional" a nuestros ejes, con el fin de establecer un lenguaje en común que nos permitiera definir con lo que nos estábamos enfrentando. De esta manera se definieron estos ejes:

Qué entendemos, entonces por satisfacción de ser anoréxicas?

-Ganancias secundarias de la enfermedad.

-Experiencia subjetiva en relación al control. A la sensación de no sentirse llena. Sensación que para ellas significa un inmenso placer. Placer de sentirse no-llenas, controladas.

Control:

-Capacidad para renunciar a la necesidad de comer. Ligada a la idea de sacrificio. Mediante el sacrificio se alcanza un estado para ellas perfecto, completo.

Escisión del yo:

Incapacidad para llevar a cabo cierto deseo. Es decir un disparidad entre lo que dicen que quieren y lo que dicen que hacen. Una manera de constituir el síntoma.

Familia:

-Todo lo relacionado con las relaciones familiares, la manera en que la familia forma parte del síntoma ya sea perpetuando ciertas conductas o participando activa o pasivamente con la paciente en su síntoma.

El autocastigo:

- Una forma de castigarse a sí mismo, de manera consciente o inconsciente.

-La alienación:

-Estado particular en el cual persiste un cierto aislamiento, en este caso, de lo que se valen es de la comida, del peso, de la sensación de no llenura.

La Nada:

- El vacío. Estado de inmovilidad y pasividad.

Sin embargo, conforme se hicieron las entrevistas y conforme el cuerpo histórico de cada una de ellas, iba tomando forma, nos percatamos que cada uno de estos ejes jugaba un papel y un significado distinto para cada uno de los sujetos. Aún así, no quisimos descartar los ejes que en un principio nos habíamos planteado, ya que ilustran el movimiento y el cambio que paulatinamente se fue dando, dentro del mismo trabajo.

Es interesante notar como cada uno de estos términos descritos por ellas mismas y sólo analizados por nosotros, constituyen de manera particular e incluso se complementan unos a otros en la formación del síntoma. Cada uno de ellos, juega una pieza importante en este juego anoréxico de satisfacción de nada. Además cada uno de estos conceptos son paradójicos en sí mismos ya que actúan de tal forma en el mismo síntoma. Es decir, cuando hablan de la satisfacción de ser anoréxicas hay una parte muy satisfactoria a la vez que una parte profundamente dolorosa.

De esta manera, analizaremos el contenido de los ejes establecidos.

c. Contenido de los ejes

-Satisfacción de ser anoréxica:

Las pacientes entrevistadas hablan de sentir una especie de satisfacción de ser anoréxicas.

Este punto resulta particularmente paradigmático, pues ¿cómo puede ser que de un lado el síntoma se asocie con el sufrimiento, el descontento, la incapacidad para salir del círculo vicioso que se han delineado, pero por otro lado sí tenga cierto monto de placer el ser anoréxica?

Aquí, podemos hacer referencia a lo que Freud describe en su artículo *Más Allá Del Principio del Placer*, en donde se cuestiona cómo es posible que, si el hombre se caracteriza por siempre tratar de disminuir el dolor y procurar el placer, entonces se repitan de manera consciente sucesos que van ligados a un sufrimiento. El famoso *Fort-da* del niño de Freud que juega a verse aparecer y desaparecer.

Es en este sentido que vemos cómo estas pacientes se inscriben en este plano de repetir una y otra vez algo que es doloroso pero que a la vez conlleva un monto de placer. Este placer en el dolor nos inscribe dentro de los terrenos del llamado masoquismo, el cual constituye una de las formas de satisfacción de la pulsión.

Veamos cómo describen las pacientes esto:

Para R. la satisfacción de ser anoréxica consiste en que de alguna manera en que se siente protagonista en el círculo familiar:

"No es algo así: de que yo me quiero morir."

"A lo mejor muchas veces es querer hacer sufrir a los demás ¿no? De una forma inconsciente, porque yo no es que quiera ¿no? hacerles daño a mis papas. O sea hacerlos sufrir así ¿no?, pero a veces sí creo que es un poco eso."

"Es como si necesitara esconder, para que no me vean que necesito más comida o no sé."

Para B., en cambio la satisfacción de ser anoréxica es una paradoja, por un lado, siente que nadie la entiende, porque ella se siente bien sin comer. La primera vez que la hospitalizaron B., dice haber pensado en ese momento: *"Pero, ¿por qué, por qué me hospitalizaron si yo estoy bien, puedo hacer todo, hago todo lo que quieran, que corra, que haga lo que quiera, pero no me dejaron y me hospitalizaron."*

Pero, luego dice que el haber logrado lo que logró, el haber dejado de comer tanto tiempo, se volvió su mayor orgullo: *"Yo me sentía orgullosísima"*

El ser anoréxica es sólo una manera de ampliar ese sentimiento de diferencia con respecto a los demás: *"Empecé a sentirme un poquito mejor. Ser diferente tal vez no en la forma que yo quisiera ser diferente, pero he logrado algo que muchos todavía no pueden lograr. Me sentía orgullosa, y todavía ahora cuando me da hambre me siento bien y al otro día quiero hacer lo mismo."*

El hecho de estar delgada hace que B. se sienta más bonita y agusto con su imagen, porque ella dice que de otra forma se siente fea: *"Pero yo me siento fea. Me arreglo y todo, pero no me siento así: bonita, como yo quisiera estar, pues yo quisiera estar más alta y más delgada."*

Sin embargo, esta supuesta satisfacción de ser anoréxica a B. le parece que le costaba caro: *"Muy a mi pesar de esas satisfacciones que le acabo de decir, yo siento que vivía en un infierno. Casi llego a los extremos, estaba muy mal, casi me internan en el hospital psiquiátrico. Para mí, es como haberme liberado, le tengo miedo al mundo, ese mundo que no me gusta, ese mundo que si pudiera cambiarlo, lo cambiaría. Y ahora me doy cuenta de que no puedo. El mundo no lo puedo cambiar."*

M. habla de cómo el vomitar, el no comer la hace sentir "mejor". Es decir reduce su angustia y el sentimiento de remordimiento: *"Es que a mí ahorita no me entra el remordimiento, más bien me entra el remordimiento cuando no vomité", entonces ahorita sí estoy vomitando a lo mejor... y hasta a veces vomité y estoy más contenta, o sea estoy normal, pero y nadie sabe y entonces nadie sabe que está mal M. Cuando yo siento que estoy mal, me pongo a ver que si la gente suplera y entonces yo y sí..."*

En realidad, lo que la conflictua es que los demás se enteren de sus ritos y costumbres, pero no porque esos ritos estén mal para ella.: *"porque yo a veces digo: bueno es que, que se enteren, bueno ¿comer?, bueno yo a veces puedo comer o no comer, entonces ¿por qué eso es anormal? O sea, yo sé que a veces un día a lo mejor puedo co.... no es de que diga es que ya no puedo comer, porque todavía ni.. o sea, o*

veces puedo comer mucho, pero que se acabe eso sí me siento muy llena. Como decir pues sí es que esto, o sea que si no ven bien..., o sea sí es toda la gente más bien."

El relato histórico de C. poco nos habla de este tema. Más bien, C. se refiere a un a una indiferencia a todo: *"Como que es una indiferencia a todo, como que llegó un momento donde decía ay ya vez, ya subí y luego decía bueno ya, si me quieren flaca bien, sino qué lastima, como que decía si me quieren así bien sino... o sea como que más bien es por ti."*

P. por otro lado y como en la mayoría de los temas no nos dijo nada en relaciona esto.

Encontramos estos relatos en directa relación con el goce, asociado, con los demás. Cada una de ellas habla del sufrimiento ligado con el placer de control, pero en función de los otros.

-Exclslón:

Al realizar las entrevistas, un punto recurrente en el discurso de las pacientes es la sensación de sentirse "divididas", "escindidas". Esta expresión, nos recordó algunos de los planteamientos donde se habla de una "dobles consciencia". Planteamiento que es criticado por Freud, cuando argumenta que no puede ser que exista otra consciencia de la que nada sepamos, si no que aquello que no aparece en la consciencia es de carácter inconsciente.

Dejaremos que las pacientes dibujen el cuerpo de su escritura en relación a este punto:

Una constante referencia de R. fue el sentirse dividida, escindida. Es decir, que existe algo muy fuerte, una parte de ella misma que la obliga a hacer las cosas que hace.

*"Pero adentro es super difícil, porque tienes que luchar con todas esas ideas".
"Es como si una persona estuviera dentro de ti"*

"Es como si una persona estuviera dentro de ti, otra persona, y te estuviera diciendo que no comas, que eso te va a hacer daño. Que te maneja como ella quiere y pues no sé...Es como si una parte de mí quisiera salir adelante y la otra no quiere y pero es más grande la que no quiere".

Parece que R. se encuentra en una constante paradoja en donde *"Yo ya no quiero estar pensando en eso, pero por otro lado me da mucho miedo comer normal. Es como si quisiera vivir así, sin comer, pero también sin pensar en la comida ni nada."* Es decir, que por un lado quiere vivir sin comer, sin la angustia que le provoca el sentirse lleno, pero por otro lado, no quiere vivir pensando en la comida. Quisiera borrar del todo cualquier indicio de comida.

B, por otro lado, habla de la escisión en relación a a sus ideas: *"Mis ideas nadie las cambiaba."* Sus ideas adquieren un valor moral para B., en el sentido de que están mal: *"Creo que mis ideas ahorita están mal"* *"Mis ideas todavía no están claras, están un poco retorcidas, pero si mis tendencias siempre van hacia lo más flaco que a lo más llenita. Siempre digo mis ideas porque mi complexión no es así:flaco"*

Aunque refiere que sí se da cuenta que esas ideas que están mal tienen que cambiar pero no sabe cómo: *"O sea, mis ideas no sé hasta cuando vayan a cambiar y.. pues no sé qué más decirte."*

M. se da perfectamente cuenta de que si ella realmente quisiera estar bien, lo estaría. Dice: *"Pues a mí me gustaría como que ya acabará y a veces digo, pues sí quiero componerme, pero no hago nada. Y a veces no sé qué tanto es de componerme."*

Más adelante dice: *"Es que sí ya quiero que cambie, pero no sé...o sea, a parte, no sé. A veces digo tan difícil que es comer, si me encanta la comida, pero pues como que, a veces tengo unas ganas de decir. No quiero componerme, no quiero estar bien... porque pues sí a veces digo es por esta, o es por esto otro, pero pues si realmente*

quisiera un cambio diría no pues voy a estar bien y o sea, sí me gustaría comer ya para que mis papas se quitaran la angustia".

Como vemos, M. en realidad no quiere estar bien, más que con el objetivo de que sus papas se angustien menos.

En relación a esta sensación de sentirse dividida dice M: " Realmente no es de que M. yo diga, sino que la mente es la que gana ahí, no es de que la voluntad y no sé qué. A parte se me hace como decir de estar diciendo no sí quiero, voy a comer, ahorita voy a comer bien, realmente me gusta, pero no hombre, apenas veo la comida y ya es así como la repulsión así de no quiero o te lo comes pero vas a vomitar, vas a vomitar. Entonces, digo ay qué horror de pronto soy una persona pero cuando me entran esas cosas es como si fuera otra persona, porque yo puedo ser de lo más tranquila, lo más linda y cuando me entran las cosas de que no quiero, así me entra M y o sea agresiva y cosas así. Como si yo estuviera aquí pero alguien más me dijera come, pero de este lado me dice no, vas a ver, tonta por qué comes, y casi siempre gana la mala."

C. se refiere a esta sensación de la siguiente manera: " yo decía sí, sí voy a comer pero por más que quería como que la misma, como que algo dentro de ti, como que es un pleito dentro de ti misma, como que algo dentro de ti, dice ya tienes que comer pero otra parte dice no, no, no puedes, no comas eso, no comas mucho, no. Entonces, ya quiero pero no puedo y mis hermanos también dicen estás loca y se enojan y dicen que si quieres morirte pues ya muérete pero para qué tanto, o sea creas muchos problemas."

C. considera que la anorexia es algo que ella lleva dentro: " Sí, yo creo que es algo que está dentro de ti, porque por más doctores que veas, por más que te digan tus papas, tus amigas, que digan que estás mal, supéralo, pero pues por más que te digan yo decía es que no quiero, no me daba hambre, me daba asco, es que no me da hambre ¿por qué? Me acordaba que me daban jarabitos, que estimulantes del apetito, pero pues no me daba hambre, la verdad y no sé de que prueba esto, hasta cocinando, a mí

me encanta cocinar pero si mi mamá me decía prueba a ver cómo quedó y yo decía no, no quiero. Podía cocinar pero yo no me lo comía, podía hacer pasteles y todo y luego en los libros de cocina, siempre buscaba platillos bajos en calorías. Y llegaba un momento como que ya, como que es una lucha siempre contigo, porque solo que digas yo quiero salir adelante porque quiero tener una vida normal, digo a ser una persona sana, porque digo tener anorexia es una enfermedad como cualquier otra. Digo ahorita que con todas que yo digo hechale ganas y dicen sí, ya pero igual vienes dentro de ocho días y es igual, siguen igual. Igual y te internan y todo pero si no quieres tú, pues no."

P. en cambio, no nos dice nada al respecto de esta división entre lo que quiere hacer y lo que hace. Ella asegura que no sabe por qué dejó de comer: *"simplemente un día dejé de comer, no me gustaban algunas comidas"*

En Estudios sobre Histeria, Freud plantea la cuestión del "saber no sabido", donde la paciente es poseedora de un saber, del cual, sin embargo asegura "no saber nada". Pero el tratamiento por "apalabrado" permitirá a Freud escuchar las raíces del síntoma y crearle un sentido basado en el saber de la misma paciente. En palabras de Freud: **"El psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos a quienes estudia la solución de sus enigmas."**²⁶

En 1915, en Lo Inconsciente, Freud justifica la existencia de lo inconsciente argumentando que "la existencia de lo Inconsciente es necesaria y legítima, y, además, que poseemos múltiples pruebas de su exactitud. Es necesaria, porque los datos de la consciencia son altamente incompletos. Tanto en los sanos como en los enfermos surgen con frecuencia actos psíquicos cuya explicación presupone otros, de los que la consciencia no nos ofrece testimonio alguno." Estos "otros" a los que Freud se refiere son los chistes, el síntoma, los sueños y los actos fallidos.

²⁶Freud S;Op.Cit.T. XV. p. 92

Ahora bien, esta aseveración a la cual Freud llega, no cesa de presentar problemas, pues ¿cómo explicar el paso de lo inconsciente a lo consciente? En este artículo Freud presenta dos posibles soluciones, por un lado este paso implica una traducción, lo cual quiere decir que hay una primera y una segunda inscripción y por otro lado, lo que sucede es un cambio de estado, donde hay un efecto en el mismo material. En este proceso, la censura juega un papel importante, ya que sólo ella determinará el paso de un sistema a otro.

En un interesante artículo escrito en 1937, Freud se refiere al proceso mediante el cual se tramita una situación donde la meta de la pulsión se ve confrontada por la realidad objetiva. Ante semejante circunstancia, el niño tiene dos opciones: o desmiente la realidad objetiva y cede a la pulsión o renuncia a la pulsión y reconoce la realidad y Freud resuelve este conflicto proponiendo una tercera opción donde "Por un lado rechaza la realidad objetiva con ayuda de ciertos mecanismos, y no se deja prohibir nada; por el otro, y a renglón seguido, reconoce el peligro de la realidad objetiva, asume la angustia ante él como un síntoma de padecer y luego busca defenderse de él." (p. 275 T XXIII) Este proceso ilustra perfectamente la escisión del Yo , el traslado de la angustia de un lugar a otro, así como la formación del síntoma.

Esta disertación desde la óptica Freudiana, nos lleva a plantearnos varios problemas, como por ejemplo, ¿cómo hablar de lo inconsciente a través de los extractos discursivos de las pacientes?, porque encontramos que esta escisión de la que nos hablan es de carácter consciente. Así pues, ¿dónde situar lo inconsciente?

Creemos que más bien la teoría Freudiana nos ofrece un parámetro importante para tomar en cuenta la formación del síntoma como un proceso resultado de la relación, siempre enigmática entre lo consciente y lo inconsciente. Sin embargo, el contenido de las entrevistas nos deja visualizar perfectamente este cuerpo discursivo en donde pareciera encontrarse dibujada de manera consciente esta dualidad.

-Control:

Hilde Bruch, en su libro La Jaula de Oro, habla de cómo sus pacientes también relataban esta satisfacción asociada a esta sensación de control: "Hablaba en secreto y de alguna manera, en términos condescendientes sobre la superioridad de su estado presente que había empezado a disfrutar al estar hambrienta y que por otro lado tenía una ventaja sobre el resto de los mortales ordinarios." ²⁷

Esta sensación de control, por otro lado, nos recuerda la famosa dicotomía mente-cuerpo, la cual desde nuestro punto de vista dejó de tener relevancia pues ambos conceptos son una parte del otro. Sin embargo, en el discurso de estas pacientes veremos cómo ellas consideran que su mente debe regir sobre su cuerpo. Consideramos, que de ésta manera la sexualidad, el cuerpo sexuado se vislumbran, aunque en forma ausente en su discurso.

Existe, pues una cierta negación del cuerpo en tanto sexuado, de ahí que autores como Freud se refieran a la anorexia como en relación a la sexualidad. Dice Freud en el manuscrito G sobre la Melancolía (1895) que la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia, ya que para Freud ésta representa una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. El hecho de que la paciente exprese no comer por no tener apetito equivale en términos sexuales a pérdida de libido.

Podemos preguntarnos si el significante "comer nada" se encuentra ligado a la sexualidad, a la ausencia en el cuerpo de la libido. Pero, entonces tendríamos que preguntarnos por el lugar de la libido. Es decir, si no se encuentra organizada de alguna manera en el cuerpo, entonces ¿en dónde está? Esta pregunta ya la había planteado el mismo Freud en relación al destino de la libido en el caso de las psicosis. En uno de sus escritos Freud propone que se retrotrae al Yo. Respuesta que por supuesto podemos poner en tela de juicio, si además nos cuestionamos por la misma naturaleza del Yo.

²⁷Bruch,H. (1978) La Jaula de Oro.Massachusetts. Harvard University Press. p. 63

R. refiere que el control que ella siente, en realidad es nulo. Siempre se controla, pero de manera paradójica:

"No sé, es algo que a veces te gana. Que está fuera de ti, como si tuvieras el control muchas veces y muchas veces es que te da miedo que me pase al otro extremo de no comer nada a comer un montón de decir 'este... pues ya, que ya como ya me voy a curar y de todas formas voy a engordar' y órale, a comerlo todo. Entonces es horrible después el remordimiento que te viene porque ya no quieres comer otra vez y quieres vomitar y es un círculo vicioso que como que no te quieres pasar al otro extremo, entonces te estas limitando tanto en la comida."

El control, para ella es algo indispensable porque siente que en realidad no lo tiene: *"Yo creo que uno debe de tener control ¿no? No estar como animalito come y come, o sea es comer así: compulsivamente. Pasarte las cosas muchas veces sin saborearlas ni nada."*

Constituye, un deber ser, un deber controlarse: *"Yo tengo que controlar mi mente y no comer, aguantarme aunque esté sintiendo el hambre."* Como vemos, no es que no sienta hambre, sino que debe establecer un vínculo de superioridad de su mente sobre su cuerpo:

"Si el hambre no existe es una cosa psicológica que ya puedo controlar y ya."

El hambre es algo malo para R., porque le hace daño: *"El hambre es algo malo que no debo sentir. Me hace daño eso"*

Vemos aquí, cómo la culpa juega un papel excepcional de autocastigo: *"Me siento culpable, pesada de que ya comiste mucho así."*

Controlando la ingesta de alimentos algunas sienten por primera vez que hay una coraza con su personalidad y que están en contacto con sus sentimientos. Otras

consideran este autosacrificio como una especie de rito de iniciación Y sólo algunas están conscientes de la complejidad de no comer.

El control es un factor que se encuentra muy presente en el discurso de estas pacientes. Hilde Bruch por ejemplo, argumenta que las anoréxicas al no sentir control sobre el resto de las cosas, necesitan sentir control de algo: su cuerpo. Así pues, una de ellas cuenta que : *"Es algo que te gana. Que está fuera de ti, como si tuvieras el control muchas veces y muchas veces es que te da miedo que me pase al otro extremo de no comer nada a comer un montón. De decir, "este pues ya que ya como me voy a curar y de todas formas voy a engordar". y pues órale a comerlo todo. Entonces es horrible después el remordimiento que te viene porque ya no quieres comer otra vez y quieres vomitar y es un círculo vicioso que como que no te quieres pasar al otro extremo, entonces te estas limitando tanto en la comida."*

"Yo tengo que controlar mi mente y no comer, aguantarme aunque esté sintiendo hambre."

Sin embargo, saben que "está mal, que no debe ser así". "Eso no te pueden controlar". Hay una contradicción, una paradoja entre lo que quieren hacer y lo que dicen que hacen. Una de ellas dice: *"Es como si una persona estuviera dentro de ti."* Es decir, relatan en sus historias una sensación de extrañeza y desconocimiento de sí mismas, de lo que quieren y de lo que hacen: *" Es como si una persona estuviera dentro de ti, otra persona y te estuviera diciendo que no comas que eso te va a hacer daño. Que te maneja como ella quiere y pues no sé... Es como si una parte de mí quisiera salir adelante y la otra no quiere pero es más grande la que no quiere."*

B. habla del carácter "torcido" de sus ideas: *" Creo que mis ideas están mal. Mis ideas todavía no están claras, están un poco retorcidas, pero si mis tendencias siempre van hacia lo más flaco que a lo más llenita. Siempre digo que mis ideas porque mi complexión no es así: "flaca". "*

Encontramos el concepto de Control, en el "cuerpo histórico" de M, de la siguiente manera: *"Bueno todos me querían controlar y bueno la comida no me la pueden controlar. Ahorita lo que me controlan también es la mente, porque pues yo hasta ya no puedo más, pero o sea sé que no, no, claro que no los voy a cambiar, pero en lugar de decir bueno ya, ya y porque la verdad todo esto no es nada feliz, qué padre, pues no."*

"Yo antes veía en mi casa, casi todo lo controlaba y ay estoy y así y lo único que yo controlo es la comida porque nadie ha podido realmente, nadie ha podido o sea cuando yo quisiera es cuando ya se supone que voy a querer, pero como antes decía: es que yo esto de la comida, yo lo puedo controlar. Pero, ahora yo no me controlo, la mente es la que me controla porque ya, yo sola no puedo, no puedo decir "no vomito", o sea yo llevo muchísimo tiempo de no poder, de vomitar todos los días y decir y de levantarme y decir: "hoy no voy a vomitar", y cuando menos ya vomité y sé que tengo que pedir ayuda."

El relato de C. está lleno de tintes de control, en donde pasa horas obsesionada con la idea de ingerir justo la cantidad necesaria de calorías. Esto como resultado de una sensación de gordura que la hace ponerse a dieta y hacer mucho ejercicio. C. argumenta que nunca se propuso una meta específica de peso, sino que más bien: *"como que solita fui bajando y pierdes el control y ya, como que sigues bajando y bajando y no comes y ya, que mal pero así."* Es decir, el control no solo se relaciona con la intención inicial de bajar de peso, sino con no poder parar, no poder ponerse una meta específica y decir hasta aquí bajo. Este sería uno de las conductas que marcarían una diferencia entre alguien que hace una dieta con un fin específico y alguien para quien la dieta pasa a un segundo plano. Es decir, el problema no se encuentra en la comida en sí o en el cuerpo en sí, sino en la significación, el valor que cobra dentro del propio discurso.

El control, es otro de los temas a los cuales P. no hace alusión alguna.

Así pues, el control es un concepto que no cesa de incidir en el discurso de estas pacientes pero que como vemos tiene connotaciones diferentes. Podemos preguntarnos ¿qué controlan?, o incluso ¿realmente controlan algo? Podríamos plantear que este intento de control, en realidad se hace presente como intento fallido. Intentan controlar para fallar. Es decir, se esfuerzan por aprender lo Inasible, por controlar lo otro de ellas mismas.

El control del que hablan nos parece que se encuentra ligado directamente con lo que para ellas significa la escisión, la familia, el cuerpo, la identidad y el síntoma.

-Familia:

Un factor importante es el núcleo familiar donde la paciente se desenvuelve, donde ha adquirido una forma de ser y donde se entretelen múltiples significados de lo que ser madre, ser padre y ser hija significa.

La familia es una estructura ya formada que posee un perfil determinado y funciones concretas reservadas a cada miembro.

La familia es una concepción compleja que se desarrolla de manera particular sobre todo en síntomas como la anorexia.

¿Podemos establecer un patrón de similitud para extraer ciertas características universales de una familia donde uno de sus miembros es anoréxico?

Autores como Onofrio (1984) afirman que se come en familia y que el alimento es el primer soporte del aparato psíquico en el momento identificatorio.

Existen algunas estadísticas que muestran que un alto índice de padres alcohólicos-agresivos tienen hijas anoréxicas-bulímicas.

Una vez más dejaremos que los pacientes nos traigan su forma de percibir en este caso, la familia, así como la forma de situarse en este complejo núcleo.

La familia, para R. significa una carga: *"...No sé, es como si fuera una parte chiquita de esto. De que a veces si es por molestar, pero yo digo que la parte más grande no es por molestarlos, por molerlos."*

Una vez, más la culpa de hacer daño a los demás se hace presente, pero aún así es paradójico, porque se da cuenta del daño que causa a los demás, pero no hace nada al respecto: *"Digo: No!, estoy acabando con mi familia."*

"Yo no creo que hayan sido ellos ni nada".

B. percibe a su familia, como una familia conflictiva donde los padres tienen problemas y donde los hijos pelean por el cariño de los padres. Sobre todo B. siempre se ha esforzado por ser la favorita del padre, cuestión que hasta hace poco era muy evidente, pero que a partir de que empezó a crecer, B. ha puesto una cierta distancia entre el padre y ella. Dice sentirse mal, porque no quería en realidad alejarse tanto. Sin embargo, la figura del padre es vivida por B. de manera ambivalente, por un lado es percibido como un padre muy cariñoso en una época, pero extremadamente exigente en otra. Un padre que además miente y se sobrevalora para impresionarlos: *"Mi papá nos decía que siempre tenía calificaciones de cienes. Decía: Yo saco cienes, ustedes necesitan sacar no diez, sino cienes. Ustedes tienen que sacar cienes no dieces, cienes porque yo siempre fui el primero." Y entonces yo dije pero por qué nos miente? y yo sí me deprimí." Por otro lado la madre es vista por B. como una madre muy permisiva que no ha sido lo suficientemente estricta y que ha sacrificado su vida por ellos. Lo cual B. considera que no "está bien".*

En este caso, es pertinente citar a Selvini y Maro quienes describen un juego familiar "desarrollado en seis etapas nacido de un conflicto parental en el que el paciente se implica precozmente de dos formas:

Tipo A. La futura anoréxica está muy ligada a su madre hasta que descubre que ésta se vuelca hacia otro hermano. Ello provoca que se incline al padre frente a la madre. En nuestra casuística hemos observado reiteradamente una hipervaloración del padre que, a nuestro juicio no corresponde con la situación edípica, sino más bien con la búsqueda en éste de una función materna insuficientemente ejercida por la madre.

Tipo B. La anoréxica ha sido desde siempre la favorita del padre hasta que en la adolescencia este estado de cosas se hace insostenible.⁻²⁸

Pareciera que en esta descripción B. se ha implicado precozmente en la conflictiva parental del segundo tipo.

M. hace referencia a su familia a lo largo de toda su historia. En general le conflictúa el mundo externo, incluyendo en ese mundo a su familia. Describe al principio de la historia a su familia así: *"Todo el tiempo están enojados y dicen que yo soy. Estoy en contra de que la familia opere normal, como que tengo a toda la familia marcada."* De esta manera ella se ubica, tal vez porque también la familia la percibe así, como el centro principal y la razón más fuerte para que la familia no marche bien.

Según M. su familia le exige demasiado: *"Siempre en mi casa, todo es así de si haces esto está malísimo, cuando no como: ¡Ay!, ¿por qué no comiste?, y cuando como: ¡Ay!, vas a vomitar. Y también cuando les digo de vez en cuando voy a una reunión y ven que a lo mejor sí como algo de botana y a la hora de la cena no estoy comiendo como todos, pero estoy comiendo algo: ¡Ay! es que no comiste nada. Y pues estoy haciendo algo, se fijan en las cosas mal. Aparte mi papá, le estoy platicando con la psicóloga de la escuela que me sentí muy bien con ella, porque mis papas dicen: Es que nos dicen los doctores que está mal, pero nunca nos dicen qué y entonces es porque no tienen idea,*

²⁸Caparros, N y Sanfeliu I. (1997) La Anorexia. Una Locura del Cuerpo. Madrid. Biblioteca Nueva. p52.

ni saben, ni pueden opinar, entonces tú eres la culpable de todo y nosotros estamos con la conciencia tranquila. Entonces, platicando con ella, le comenté que mi papá había estado en alcohólicos anónimos bueno, ya no toma y que mi mamá tiene una obsesión por la limpieza y que así, cosas."

Así pues M. considera que no sólo exigen demasiado sino que además de todo, la culpan. No importa qué haga o qué no haga de todas formas va a estar mal. Claro, que cabe pensar que ella acepta éste lugar de la víctima. Podríamos preguntarnos si ella se lo cree.

M. es el centro de atención, inclusive como chiste: "Y a parte es lógico que todo lo que se comenta de M. Cualquier cosa que podamos decir, aunque sea en broma, estando de buenas: Ay, sí la flaca horrorosa, la anoréxica. Si el perro se enferma y vomita: ¡Ay!, ya te está coplando. Cualquier comentario ya sea en broma en buen plan, en ofender, en así, cosas, es de lo mismo. Así, a parte, de que ya no me tratan como una niña normal, ya no puedo salir a comer a ningún lado sin que me vigilen. Cualquier cosa que digo no me lo creen."

P. habla de su familia, con una cierta Indiferencia, así como habla del resto de su vida: sin interés. Dice que se lleva bien con su padre pero que éste, casi nunca está y que con su hermano se lleva bien, aunque a veces pelea y que con su madre siempre pelea, pero que es porque viven con su abuela. El punto de quiebre en la historia de P. es situado cuando sus padres se separan temporalmente, aunque ella dice que no tiene mucho que ver porque solo fue temporal. Describe su vida familiar de la siguiente manera: "Lo que pasa es que mi abuelito es muy crítico y empieza a ser muy sarcástica y no le gusta que vayan mis amigas, luego como mi prima trabajaba en una tienda de enfrente y mi tío puso una tienda y entonces ahí surtimos a más tiendas, entonces llegaba mi prima y agarraba por ejemplo un marlboro y dice me llevó un marlboro y yo se iba y luego mi abuelita regañaba a mi mamá y le decía ay tu sobrina viene a agarrar un marlboro, yo no digo que sea ratera pero por lo menos que lo

apuntes sino ahí se va y la trataba de ladrona. Igual a mis amigas, no traigas acá a tus amigas porque qué tal si ven la mercancía y luego qué van a decir, qué tal si se entera alguien y pues así."

C. incluye a su familia dentro de su relato de manera muy vaga. La familia se inscribe como un punto importante para C. ya que se percata que la preocupación de la familia es real y que lo hacen por su bien.

A nuestra pregunta inicial de si podemos establecer parámetros de similitud entre estas familias donde uno de sus miembros es anoréxico, podemos por el momento responder que efectivamente, la familia es visualizado por estas pacientes de manera conflictiva, donde ellas llevan la carga de todos. Sin embargo, cada una de ellas se sitúa de manera diferente. R. siempre jugando con la culpa de los padres y con el hacerlos sufrir, M. quejándose continuamente de la Incomprensión de la que es víctima, B. siempre queriendo ser la mejor, la consentida, sobre todo del padre y P. describe la familia como si ella no se incluyera dentro de ésta. Lo interesante de cómo éstas pacientes describen su experiencia en relación a la familia, es la manera en que ellas se castigan a sí mismas a través del cuerpo y sus diversas significaciones.

-La nada:

La nada como principio fundamental en donde se entremezclan el goce, el síntoma y la misma identidad. Podemos hacer referencia a la bella Indiferencia de la que hablaba Freud.

R., está instalado en la nada. Nada la abstrae. Parece estar sumergida en una especie de vacío sin fondo que le permite construirse una identidad efímera: *"Me siento así: sin ganas de hacer nada, como que nada me llama la atención. Hay veces que sí me da cosa ¿no? me da tristeza, pero muchas veces también ver a mis papas preocupados."*

Nada, le importa, nada la abate: *"Pero pues no sé, muchas veces aunque te des cuenta es como si no te importara, como si te volvieras insensible. Como si algo dentro de ti no te importara, como si te volvieras insensible, como si algo dentro de ti se muriera y ya. Toda tu atención está en la comida y todas esas cosas."*

Su vida es así, una nada, un vivir sin comer y así es como se siente bien:

"Es algo que como te digo inconscientemente algo que no te deja."

"Yo ya no quiero estar pensando en eso"

"Es como si quisiera vivir así: sin comer"

"Pero también sin pensar en la comida ni nada, como si no existiera ni nada."

Para B. la nada es referida de la siguiente manera:

"Ya no me sentía nada."

"Pues yo no sentía nada. No sentía, me pegaba y me dolía pero no, muy poco... antes no sentía nada, ahora siento todo." Una cierta indiferencia, un estado donde ella se sentía bien sintiendo nada: *"Si, me evadía y eso es lo que extraño. Extraño que a veces quisiera no sentir lo que siento ahora."*

Eso, ahora la hace sentir débil y vulnerable. La anorexia, le proporcionaba una forma segura de sentir nada, que la protegía de todo. *"Ahora en cierta forma me siento más débil, más vulnerable".*

P. y C. por otro lado, no nos proporcionan en sus relatos ninguna información al respecto.

-Autocastigo:

Existe en el relato histórico de los pacientes, una constante referencia a castigarse.

Podría parecer paradójico que alguien quisiera castigarse a sí mismo, pero parece que esto no es tan inhumano como parece, sino todo lo contrario.

En un trabajo escrito en 1915 titulado Las Pulsiones y sus Destinos, Freud plantea el concepto de pulsión como un concepto ligado hasta cierto punto a una base orgánica, pero referido a un estímulo situado no en el exterior sino, en el interior del organismo.

Así la pulsión es descrita por Freud como una fuerza constante que tiene como fin la satisfacción y la cual necesita de un objeto para alcanzar dicha satisfacción. En este trabajo Freud hace una distinción entre las pulsiones sexuales y las pulsiones del yo o de autoconservación. Los destinos de la pulsión, son según Freud, básicamente cuatro: transformación en lo contrario, orientación contra la propia persona, represión y sublimación.

En este trabajo únicamente analiza los dos primeros destinos, los cuales le permiten plantear los tres tiempos de la pulsión:

- El sadismo que consiste en la violencia ejercida contra una tercera persona como objeto.
- El objeto es abandonado y sustituido por la propia persona.
- Una tercera persona es buscada nuevamente como objeto que a consecuencia de la transformación del fin tiene que encargarse del papel del sujeto.

El segundo de los tiempos de la pulsión, parece particularmente relevante para nuestro análisis puesto que veremos cómo el cuerpo es tomado como objeto y cómo, aparentemente, es la propia persona contra la cual se ejerce cierta violencia.

El autocastigo está presente en el cuerpo discursivo de R. de manera muy particular, ya que fantasea con hacerse daño, con lacerar su cuerpo:

"Bueno, muchas veces es estar pensando es hacerte daño."

"Muchas veces no sé si es hacer morir o morirme, pero si muchas veces en hacerme daño en cualquier forma."

B. siente que se desquita consigo misma: *"Es que me empiezo a sentir mal, me empiezo a desquitar conmigo, me empiezo a hechar la culpa. Digo: Tú eres la mala."*

M. por otro lado dice que es cuando la regañan que se siente mal y siente la necesidad de hacerse daño: *"Y es que a veces cuando me regañan en mi casa y me siento mal, el coraje se me quita pues pegándome y pues ya"*.

Al respecto P. y C. no nos dicen nada.

-Cuerpo :

Frecuentemente, los pacientes hablan de una tajante separación entre mente-cuerpo. Esta distinción, nos parece limitante porque la relación entre mente-cuerpo no es una relación en donde uno subordine al otro. Cuerpo y mente se encuentran indisolublemente ligados, son un todo indivisible. Pues cómo no señalar que cuando se piensa o se habla del cuerpo, existe un proceso mental, una simbolización de ese cuerpo. Preguntarnos por el cuerpo, es una necesidad que nos conduce a múltiples laberintos. Muchos autores han hablado acerca de la conformación de la representación del cuerpo y en consecuencia de nuestra identidad.

El cuerpo se conforma como un espacio repleto de significaciones, vivencias, palabras y sensaciones que nos construyen y deconstruyen continuamente una forma de ser y de existir en un mundo.

Nuestro cuerpo nos define y nos ofrece una identidad, creemos saber de nuestra existencia cuando nos vemos reflejados en el espejo y reconocemos esa imagen como nuestra, como sinónima de nosotros mismos. Pero, ¿cómo sucedió que un día nos reconociéramos? y pudiéramos integrar cada una de las partes de nuestro cuerpo como uno solo.

La unidad de nuestra identidad es en realidad una construcción de índole psíquica compleja. El asunto de la identidad corporal nos conlleva a preguntarnos por el momento en que se estableció un lazo entre el cuerpo y el Yo. Dice Nietzsche que "las distintas edades del cuerpo implican estados diferentes, unos nacientes de otros y el cuerpo es el mismo, sólo en la medida en que un mismo yo puede y quiere confundirse con él, con sus vicisitudes; la cohesión del cuerpo es la del yo; él produce ese yo y así su propia cohesión."²⁹

Así, pues la experiencia corporal, es de carácter cambiante y permanece como una sola, sólo en la medida en que existe un Yo, capaz de darle cohesión y síntesis a este cuerpo, el cual en un principio no existe como unidad, sino tan sólo como cuerpo despedazado, fragmentado y que adquiere significados a través de la organización libidinal y del surgimiento del Yo, como entidad psíquica que funge como base de la identidad y que determina una particular manera de cuidar, significar y de organizar el caos corporal.

De esta manera llegamos a la idea de que el cuerpo no es un objeto cerrado que podamos estudiar con toda profundidad sin preguntarnos por su otra naturaleza. El cuerpo adquiere significados específicos, como un lugar en el mundo, en la sociedad, en la cultura. Concluye Michel Bernard que "el cuerpo que vivimos no es nunca verdaderamente y por entero nuestro, así como tampoco es nuestra del todo, la manera en que lo vivimos. La experiencia corporal de cada cual está penetrada de parte a parte por los demás, por la sociedad y por la sociedad que ha de entenderse como fuente, órgano y apoyo de toda cultura."³⁰

El cuerpo deviene el mediador entre lo que se es y lo que no se es. Por un lado significa la experiencia más íntima que un sujeto pueda tener, pero por otro lado es también, aunque de manera menos obvia un objeto extraño, atravesado por la cultura.

²⁹Citado en Klossowski . (1996) Nietzsche y El Círculo vicioso.

³⁰Bernard, M. (1976) El Cuerpo. España. Ed. Paidós.p.195

por lo externa, por la palabra del otro. En este sentido se encuentra en íntima relación con la identidad.

Se sitúa siempre como el misterio de la relación siempre fallida del hombre con sus semejantes porque por un lado tiene una cierta objetividad tangible pero por otro lado es metáfora, inscripción, texto, huella de lo imposible. De la imposible continuidad del hombre con los otros y con el mundo. Permanece siempre como el recuerdo de nuestras limitaciones, de la muerte, de la infinita imposibilidad de nuestra existencia, de la precariedad del hombre en tanto tal.

Así como el cuerpo puede significar lo más superficial, lo más inhumano, éste también es vestigio de lo más profundo, de lo más humano, del carácter siempre cambiante y paradójico de lo humano.

Una vez sentadas algunas reflexiones acerca de la corporeidad, regresamos ahora al síntoma anoréxico, nos preguntamos ¿Cómo viven y relatan este cuerpo las pacientes?

El cuerpo de R., es vivido como un cuerpo fóbico, pues le causa repulsión, necesita hacerle daño. Y lo hace de manera fantástica a la vez que de forma real:

"Si veo un cuchillo: pensar aunque sea en cortarme un dedo o pegarme. A veces me llega así como una ansiedad de pegarme o de hacer cualquier tontería."

En este punto, podemos rescatar una reflexión en torno al cuerpo fóbico hecha por Palazzoli quien afirma que la anorexia puede ser el resultado de una defensa contra un impulso oral-sádico, donde la paciente al negarse a comer, trata de evitar el impulso de destruir lo que ama.

Esta es por supuesto, una generalización ante la cual cabe mantenerse escéptico, pues aunque el planteamiento detrás de esta aseveración nos remite a las formulaciones de Melanie Klein con respecto al objeto malo y al objeto bueno, es indispensable no caer en generalizaciones que por sí solas no tienen ningún fundamento

más que en la clínica. El caso de R. sin embargo, nos muestra la posibilidad de vigencia de dicha formulación.

Dice R. que *"Hay veces que me siento gorda, pero hay veces que sí me siento normal, no así: flaca. Pero más que nada cuando acabo de comer me siento gorda, no me veo gorda así de verme en el espejo y verme gorda, sino de sentirme gorda. Es cuando a veces siento la comida aquí, como si no me la pudiera pasar."* Existe pues, para R. una diferencia entre el sentirse gorda y el verse gorda. Parece que independientemente de cómo ella se perciba, lo importante estriba en cómo se siente. Como si hubiera una tajante separación entre lo que ella siente y lo que ella percibe, entre lo que es adentro y lo que es afuera, entre lo que ella es y lo que su cuerpo es: *"Esta dentro de ti y dentro de tu cuerpo."*

En el cuerpo histórico de B., se repitió de manera constante lo referente a su "desarrollo", a los conflictos que le causó el empezar a sentir cambios en su cuerpo. De hecho cuando "le empezaron a salir bolitas", su madre decide llevarla a un doctor, porque estaba preocupada. Por otro lado, B. visualiza sus problemas en su cuerpo: *"Cuando yo tengo problemas, luego me empiezo a ver gorda, o sea, y casi siempre es en determinadas partes. Me empiezo a ver de las piernas, gorda, me empiezo a ver con panza, con cachetes. Así como que muy ancha de las caderas. Siempre es en determinadas partes donde me veo gorda y entonces me empiezo a sentir mis problemas y digo: No pues ahora le empiezo a quitar de aquí, le empiezo a quitar un cachito. Y entonces, empiezo a tener conductas compulsivas, me empiezo a cansar, hasta que me quedo exhausta."*

Por ejemplo B. ha sido capaz de evitar la angustia a través del síntoma. Es decir, a través de preocuparse por su cuerpo y por su imagen en relación con los demás.

B. se desquita con su cuerpo: *"Y es que a veces, cuando me regañan en mi casa y me siento mal, el coraje se me quita pues pegándome pues me pego y ya."*

Por otro lado, B. siente su cuerpo de manera que si come siente que se nota , que los demás lo percatan inmediatamente: "Yo decía no es que se acaban de comer, comieron muchísimo y el pastel y no sé qué, pero se ven exactamente igual, no les vez un... que estén gordas, en cambio yo sí siento que si comí un chicharrón, ya se me nota. A parte si yo siento que comí y voy a salir, empiezo a pensar que estoy gorda y pues no, claro que no. No sé, es el decir yo sí quiero como normal, pero sé que si como normal tengo que subir de peso y por qué tengo que subir de peso si puedo estar así."

Una parte del cuerpo de M. es vivida con cierta repulsión. Dice: "A parte una cosa que me choca es la cara, me siento que estoy cachetona... O hay veces que me choco y me desespero y me pego, porque es que está... y hay veces que estoy contenta, pero... a parte como decían es que si te choca tanto tu cara, o sea que te sientes cachetona, pues no vomites, porque se te hincha más. Entonces, es como que te ves el cuerpo cada vez está peor, más flaco, y te ves a la cara y está hinchada, pero no porque esté más gorda sino porque estás vomitando y yo digo sí, no quiero vomitar porque no quiero verme cachetona."

C. dice que ella solita se engañaba diciendo que se veía gorda. Dice que la diferencia entre verse gorda y sentirse gorda es que "Pues igual te puedes ver goda y no sentir gorda, pero es no es de la anorexia, no sé, porque hay gente que se siente gorda pero no está gorda y tal vez se ve gorda pero no está gorda o sea, como que y tú igual y te sientes gorda pero pues la gente te ve y te dice no. O gente que te dice estoy a dieta y tú ¿por qué?, si estás flaca pero simplemente se siente gorda y se ve gorda. Yo creo que van de la mano, sentirse y verse gorda porque te ves como te sientes, porque si te sientes muy guapa pues igual y tal vez no lo estás, no sé como que van de la mano."

P. no hace referencia alguna a su cuerpo, dice que nunca se sintió gorda, ni se vio gorda: "Lo que pasa es que las demás se ven gordas y que luego empezaron a vomitar

y yo no empecé así. Cuando empecé como a los seis o cinco años, ni modo que me viera gorda.'

Estas imágenes que las pacientes nos ofrecen de su relación con el cuerpo, o de lo que el cuerpo les significa, nos acercan de alguna manera a los límites entre lo "interno" y lo "externo", pues este cuerpo está cargado de significaciones por un otro, además de que significa el límite entre lo que se es y lo que no se es, así como una manera de relacionarse con los demás. Pareciera que el cuerpo las conflictúa por la infinita gama de posibilidades que ofrece en torno a la identidad, al placer, al goce.

Podríamos plantear la hipótesis de que es en la paradoja de la corporeidad como posibilidad de continuidad-discontinuidad que estas pacientes se ubican. Es decir, en un juego sin fin donde el cuerpo es en sí negado como cuerpo sexuado, a la vez que a través del síntoma se instalan en el terreno del goce propiamente hablando.

Por supuesto, que esto sucede de diferentes maneras y con diferentes significaciones para cada una de ellas.

Cada uno de los relatos en torno al cuerpo, nos suscitaron un sin fin de preguntas, que trajeron como consecuencia la siguiente reflexión:

Dice el poeta que "El cuerpo es un pliegue un misterio que se oculta en su evidencia. Los artistas han insistido en revelar el secreto de esa masa de huesos, piel y vello. Sólo que en el caso de la corporeidad humana, existe una paradoja: mientras más se le describe con el pincel, con la cámara fotográfica, ese doblez, ese pliegue antes mencionado nos conduce al laberinto."³¹

³¹De Luna A; La Intimidad Rompe sus Sercos. en revista Sacbe. Num. 5. Primavera 1996.

La paradoja de la corporeidad, se enfrenta a la constitución humana, así como a las grandezas y limitaciones de la existencia en general, porque solo como cuerpos podemos existir, pero nuestro cuerpo de carne y hueso no significa nuestra existencia en su totalidad. Es decir, es imposible deslindar al hombre de su cuerpo, porque al hacerlo dejaría de existir. Nos damos cuenta de que al acercarnos a algo tan abstracto como el cuerpo debemos considerar primero con qué nos enfrentamos: ¿con un concepto?, ¿con un fenómeno?, ¿con una construcción?, ¿con una idea?, ¿con una imagen?, ¿con un organismo?, ¿con la existencia?

Para desenredar tan complejo nudo, decidimos identificar diferentes niveles, en lo que al cuerpo se refiere.

Empezaremos preguntándonos, como lo hace Merleau-Ponty. ¿Qué es lo que nos une a nuestros cuerpos?. Retomaremos esta lucida reflexión, desde la fenomenología Merleau-Pontiana, como eje inicial de nuestro trabajo, con el fin de re-flexionar las premisas sentadas por este autor, para hablar del cuerpo y de la naturaleza de la relación del hombre con éste. De esta manera, determinaremos las diferentes esferas desde donde se puede hablar de lo que es el cuerpo, sin por eso reducir la corporeidad a una suma de esferas o niveles sino más bien como una compleja relación entre estos niveles, que se encuentran en permanente confrontamiento, ocasionando así, despliegues, hundimientos, traslapes y divisiones corporales.

Dice Sócrates, en el Fedón,³² que el estado perfecto del filósofo es la muerte, porque es en la muerte que logra despegarse de las ataduras del cuerpo, de las pasiones, de lo mundano, de la obstrucción con lo puro, con el alma, con la perfección, con Dios. Esto, por supuesto ha llevado a muchos a considerar que los Griegos desdeñaban el cuerpo, pero creemos que más bien el énfasis lo ubicaban en el alma. No que este cuerpo, no importará, sino que representaba la mortalidad del hombre y su atadura con

³² Platón.(1966) Diálogos. Argentina. Ed. Aguilar.

lo real en la incapacidad para permanecer en lo abstracto, en lo puro; porque la discontinuidad de la existencia nos arroja hacia los abismos del ser.

El cuerpo, sin embargo, siempre ha sido cautivador, apasionante porque hasta que la pasión por comprender llevó al surgimiento de la anatomopatología, lo interno permaneció oculto.

A finales del siglo XVIII, la medicina, descrita como el área que se encarga del cuerpo, sufre un giro radical al dedicarse al estudio de la anatomopatología, la cual se dedicaba a abrir cadáveres, a tratar de explicar la patología, en base a la abertura de cadáveres, a buscar las causas, dentro del cuerpo inerte, que desencadenaron la patología. Esta pasión por ver y por comprender el cuerpo humano, llevó en ocasiones, a callejones sin salida, a radicalizaciones extremas, a olvidar que el cuerpo al que se enfrentaban era precisamente eso, un cuerpo inerte, un cuerpo despojado de toda vida, de toda alma, de toda psique. De ahí sus limitaciones. Así, pues este cuerpo no lo era todo. Las preguntas habían sido solamente contestadas parcialmente, al encontrarse con la limitación de las mismas preguntas a las cuales querían dar respuesta.

Las aportaciones de la anatomopatología y su herencia a la concepción del cuerpo, identifican dos tipos de esquemas del cuerpo:

-Esquemas posturales que dan la sensación de la posición del cuerpo, la apreciación de la dirección del movimiento y la conservación del tono postural.

-Esquemas de la superficie del cuerpo que permiten localizar en la piel los puntos en que ésta es tocada.

Estos dos grandes esquemas conformarán lo que nosotros llamaremos en adelante esquema corporal, es decir, la conjunción de la sensación externa de la piel y la sensación interna de dirección y tono postural.

Si nos detenemos un poco a pensar este esquema corporal, nos daremos cuenta de que en realidad implica una función más allá del cuerpo, es decir, está implícita una función psíquica o mental de percepción y de sensación, porque la relación del hombre con el cuerpo, se convierte en una relación basada en la percepción y la sensación de éste último.

Nos encontramos con dos conceptos sumamente complejos que nos exigen una definición o por lo menos una clarificación de lo que entendemos por sensación y por percepción. El estudio de la percepción retomado por la fenomenología de Merleau-Ponty concibe que toda percepción es percepción de algo, de un algo que se encuentra sobre un fondo. No es posible la percepción pura, sino en relación a un fondo.

Así, las sensaciones se refieren a las cualidades de los objetos que un individuo percibe, con base en la figura y el fondo, y no solo eso, sino que cada sensación trae consigo, una serie de asociaciones que se vinculan con la primer sensación, y ésta a su vez con la experiencia, con el conocimiento que anteriormente se haya tenido acerca de las cosas. Además, el sentir, invariablemente hace referencia al cuerpo, porque siempre le damos un sentido a las percepciones adquiriendo el valor de sensaciones en cuanto tienen un sentido en relación con el cuerpo.

Así pues, la percepción del cuerpo, se encuentra intrínsecamente ligada con una vivencia, es decir, con una manera de relacionarse con el mundo, con una manera de concebir lo interno y lo externo. Es decir, el cuerpo deviene el mediador entre lo que es el ser humano y lo que no. Además, el cuerpo marca la manera como un individuo se relaciona con el mundo y con los demás. En este sentido, establecemos un primer acercamiento al cuerpo, al concebirlo como el resultado de asociaciones establecidas en el curso de la experiencia, y en un segundo acercamiento, como la posibilidad de una toma de conciencia global de postura en el mundo intersensorial.

Aquí vemos, como el cuerpo ha desbordado la primera definición de organismo, para situarse en un contexto puramente psicológico, en el cual no solo es postura y sensación sino que significa la existencia del hombre, en el sentido Merleau-Pontiano, como ser- en- el- mundo.

El cuerpo es una parte de la totalidad del mundo, se inserta como una pieza de rompecabezas en una realidad, que no sería posible sin ésta.³³

El cuerpo, más allá de la anatomía, es un cuerpo fenoménico, construido en base a la experiencia, sin que por eso se reduzca a una suma de experiencias, sino más bien un constante fluir en el mundo como resultado de la experiencia y de la conciencia, definida ésta última como proyección que deposita a su alrededor los objetos como vestigios de sus propios actos o como el ser de la cosa por intermediario del cuerpo.

Aun así, no hemos respondido de manera concreta a nuestra primera pregunta, acerca de la relación del ser humano con su cuerpo. Es decir, ¿cómo es la naturaleza de la relación del ser humano con su cuerpo?

En relación a esta pregunta es necesario sentar algunas bases, por ejemplo en cuanto a la compleja y polémica discusión acerca de la relación sujeto-objeto, relación, que nos atañe directamente puesto que consideramos al hombre, hasta este momento como un sujeto con una conciencia, mientras que no hemos, definido exactamente qué es el cuerpo con respecto al hombre, es decir, ¿Es el cuerpo un objeto? A esta pregunta responde Merleau-Ponty que no, porque el cuerpo no puede tomarse como al resto de los objetos, ya que no nos podemos separar de él. Es decir, no podemos visualizar

33 "El esquema corporeo es finalmente una manera de expresar que mi cuerpo es-del-mundo."

nuestro cuerpo como un objeto aparte. Para Merleau-Ponty, es muy claro que el cuerpo es una esencia pero solo a partir de la existencia.

"El hombre no muestra ordinariamente su cuerpo y cuando lo hace, es ora con temor, ora con la intención de fascinar. Le parece que la mirada ajena que recorre su cuerpo y que luego será el otro el reducido a la esclavitud. El pudor, el impudor se dan, en una dialéctica del yo y del otro, que es la del dueño y el esclavo: en cuanto tengo un cuerpo puedo ser reducido a objeto bajo la mirada del otro y no contar ya para él como persona."³⁴

Este primer análisis del cuerpo, nos ha permitido sentar dos bases importantes, a partir de las cuales se desprenderá todo el posterior análisis. Estas se refieren a que el cuerpo tiene una base física y biológica y que ésta constituye una forma de visualizar el cuerpo como organismo, lo cual conlleva una manera particular de relacionarse con el cuerpo. Es decir como cuerpo-objeto. Sin embargo, este cuerpo-objeto no se puede distinguir de sí mismo, lo cual nos lleva a preguntarnos si realmente el cuerpo solo es un objeto más entre todos los objetos.

La primera certeza de que se tiene un cuerpo, es que se siente y esto nos lleva a la segunda base de que el cuerpo se conforma de un esquema. Esta visión del cuerpo, cuestiona la manera en como se da la relación con el cuerpo, es decir, a través de la percepción.

Así, pues nos encontramos con que el cuerpo es en relación a un mundo que le da sentido. De tal manera que la relación con el cuerpo tiene que ver con la relación con el mundo. En este sentido apunta Schiller cuando relaciona el cuerpo con los demás. Así, como Wallon, quien considera que la psicología debe dedicarse al estudio de la vida mental, la cual está estrechamente ligada con los demás.

³⁴Merleau-Ponty (1945) Fenomenología de la Percepción. México. Ed. Planeta. p. 207.

Wallon, se dedica principalmente al estudio evolutivo del niño. Centra su atención en aspectos neurofisiológicos para definir esta evolución. Su enfoque es realmente interesante porque considera que el ser humano nace incompleto y se conforma psíquicamente tanto de la evolución neuronal como de la vida social que lo envuelve: "El ambiente social se superpone al ambiente natural y se convierte en un medio necesario de acción sobre él."³⁵

La evolución, según Wallon, se da a través de conflictos que posteriormente configurarán un equilibrio. Wallon oscila constantemente entre lo físico y lo psíquico. Por ejemplo, deslinda cuidadosamente varias etapas de desarrollo que se caracterizan por ciertas conductas o actividades motoras del niño y al mismo tiempo, afirma que antes de la aparición de las categorías mentales, el contacto con los cosas se prolonga a través de la representación proyectiva en la que el acto se mezcla a la imagen. Para Wallon, la psicología del individuo solo es posible si se le estudia en el marco de sus relaciones con estos diferentes sistemas de realidades.

Así pues, la contribución acerca del cuerpo desde la perspectiva planteada por Wallon es básicamente que el individuo se relaciona con su cuerpo como un objeto. Después toma al otro como objeto. De esta manera, dice Wallon, que hay una transferencia de lo subjetivo a lo objetivo y una búsqueda de reciprocidad constante en la evolución psíquica del niño.

La vivencia de la corporeidad para Wallon, marcará una particular forma de relacionarse con los demás, pasando de una relación sujeto-objeto a una relación sujeto-sujeto.

Una tercera aproximación la constituye la aproximación Freudiana, que por lo demás ya hemos aludido en relación a algunas otras problemáticas.

³⁵Wallon, H. (1991) La Vida Mental. México, Grijalbo. p. 108

Freud, concibe al cuerpo no tanto como cuerpo real, sino como representación del cuerpo, apertura en relación a una imagen del cuerpo.

De esta manera, podemos desprender de las aproximaciones de la psicología al cuerpo dos Experiencias del cuerpo:

- Relación del organismo con el mundo circundante (dinamismo de estructura perceptivomotriz)
- cuerpo como fuente de excitaciones y reacciones sexuales como deseo, placer y dolor.

En un principio, el niño no diferencia su cuerpo del mundo externo, para él su cuerpo y los demás son uno mismo. No existen límites. Después, el niño experimenta un gran interés por sentir su propio cuerpo, es decir por tocarlo, aunque no pueda aún integrarlo como un todo.

Así, que la experiencia primordial de identidad del propio cuerpo se da a través del complejo fenómeno del espejo.

Dice Bernard: "como bien puede comprobarse, todo el proceso de la génesis de la conciencia del propio cuerpo es decir, el proceso por el cual el niño reconoce el cuerpo como el suyo, diferente de los demás y al mismo tiempo semejante de los demás está regido por la experiencia primordial del fenómeno del espejo."³⁶

Esta imagen devendrá en adelante, mucho más que una simple imagen, al adquirir un carácter simbólico, es decir al constituir la unificación del yo en el espacio a través de la realización de que el cuerpo sólo tiene la apariencia de realidad percibida en su propio cuerpo, y por otro lado, que esa apariencia tiene una realidad que él no puede percibir

³⁶Bernard, M. Op. Cit. p.54

con sus propios sentidos. La imagen corporal y espacial se integraron para dar origen a un nuevo espacio abstracto, no sensorial, no perceptual, sino puramente imaginario.

A este nuevo espacio corporal, lo denominaremos en adelante, imagen corporal, que en oposición al esquema corporal se mueve en un espacio diferente.

Cada niño vive su cuerpo según la singularidad de su historia, es decir no hay una concepción del Cuerpo como único e igual para todos, sino que es construido a través de una historia y de una significación lingüística.

Y no sólo eso, sino que podemos ir un paso más allá, e incluir a Freud en todo este análisis al afirmar que el cuerpo también resulta de nuestra sensibilidad sexual, sensibilidad creada por un otro, abierta por la madre.

De esta manera se desrealiza el cuerpo anatómico inicialmente planteado en este trabajo para transformarse en un cuerpo erógeno, un cuerpo determinado y vivido en base a la sensibilización de diferentes zonas erógenas.

El enfoque psicoanalítico del cuerpo estriba en que, rompiendo con el punto de vista del biólogo sólo encara ese cuerpo como fantasma producido por lo imaginario y significado por un lenguaje.

De esta manera hablamos de una anatomía fantasmática construida en base a una predisposición erógena, que adquiere forma a través del lenguaje que nos significa como seres sexuales.

El cuerpo adquiere sentido, en la medida en que se le asimila, se le visualiza y se hace propio y esto solo es posible si existe un Yo que le de sustento, un Yo que visualice ese cuerpo y le de sentido.

Lacan en el 56 escribe un artículo titulado: El Estado del Espejo como Formador... como una etapa crucial donde el niño, se mira a sí mismo en el espejo y se identifica como uno. Es decir este cuerpo que en un principio es vivido como fragmentado adquiere forma de un solo cuerpo a través de la imagen de otro, otro que no es el niño y a la vez lo identifica como él. Dice Lacan:

Basta para ello comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso en la teoría del término imago.³⁷

Esta reflexión que lleva a Lacan a plantear el estadio del espejo como constitutivo del Yo, nos lleva a nosotros a replantearnos entonces, ¿qué es el Yo?. De ahí la importancia de las preguntas planteadas al principio acerca de ¿quién habla? Porque finalmente el Yo se construye en base a un otro, a una imagen especular que le da sentido. Es decir, el niño como dice Lacan, es precipitado a través de la percepción de ésta imagen en un ser con una cierta identidad, es decir en un mundo simbólico donde la imagen del Yo es más constituyente que constituida. Es decir soportado por una identidad que viene de otro. No es intrínseca al sujeto mismo.

En donde el Yo no se reduce al sistema de percepción-conciencia como se había pensado anteriormente sino a un complejo nudo de identificaciones y de imágenes que adquieren fuerza y seguimiento a través de la historia de un sujeto.

En este tema, Serge Leclair se aventuró a jugar con esta metáfora del cuerpo como lenguaje, afirmando que hay que "tomar el cuerpo a la letra". Esto es, aprender a deletrear la ortografía del hombre compuesto por las zonas erógenas, reconocer en

³⁷Lacan, J. (1971) Escritos I. México, Siglo XXI. p. 87.

cada letra la singularidad del placer que ella fija, e identificar la serie de objetos que están en juego.

Esta imagen del cuerpo está en constante cambio. Es decir, existe una estructura inicial en el sujeto que la forma de imaginar y simbolizar este cuerpo que lo constituye como sujeto sexuado, pero esta imagen surge y resurge cada día.

-Alienación:

¿Cómo hablar de la alienación, si partimos de la idea de que la identidad está en función de un otro?

Estados como el autismo o la misma psicosis, podrían plantear esa pregunta. Hemos encontrado que en el cuerpo histórico de estas pacientes, constantemente introducen la idea de sentirse diferentes, aunque tal vez usar el término alienación sería un poco abusivo.

Esta reflexión surge del decir de las pacientes, el cual alude a una forma de refugiarse en su síntoma, de tal forma que se "separan de los demás", esto entre comillas porque no cesan de significarse en un mundo conformado por los otros, por la existencia de las cosas, las personas y el mundo en general, sólo que manifiestan su inconformidad ante el mundo que se han creado.

Aún así veamos cómo nos relatan esta idea las pacientes.

R. habla de sentir una sensación de aislamiento en relación a los demás, pero que ésta sensación comenzó desde mucho antes de que tuviera algún indicio de anorexia, aunque también dice que uno de los cambios más importantes en su vida, ha sido el sentirse sola y no tener amigas, cuestión que se radicalizó aún más a raíz de la condición anoréxica. R. refiere que desde los 10 u 11 años empezó a alejarse de todos y se quedó sin amigas, situación que permanece hasta la fecha.

B., en relación al sentimiento de alienación dice:

"Bueno tal vez en mi caso, tal vez sí pensar en mí misma y que no quería saber de nada, ni de nadie, ni de mi misma. Me olvidaba de mí también. Lo que yo quería era morirme. No sé si le dijeron que yo he llegado a tener varios intentos de suicidio, que nunca han funcionado, que nunca van a funcionar. Los he hecho por desesperación la verdad. Porque yo no deseo acabar con mi vida, pero yo quisiera en determinado momento dormir...yo despierto y a vivir de nuevo".

Para mí es como haberme liberado de algo horrible pero al haberme liberado le tengo miedo al mundo. Ese mundo que no me gusta. Ese mundo que si pudiera cambiarlo, lo cambiaría. Y ahora me doy cuenta de que no puedo."

Paradójicamente, entonces ella estaba satisfecha alienándose. Es decir, tratando de evidenciar que a ella no le interesan los demás, ni su cuerpo, ni su imagen y casi podría decir el devenir, el proyecto identificador. Para B. el tiempo se detuvo en ese instante tan placentero de "sentir nada", de "no sentir" lo que ahora después de estar en tratamiento siente, es decir "todo". Ella dice: "Yo quiero ser anoréxica para que yo no sienta nada, para que ya nada me afecte y que hagan lo que hagan no me importe nada."

M. se siente alienada, en el sentido de que todo mundo la trata diferente, su familia y sus amigas y las maestras. Ser anoréxica ha sido un estigma que ella misma se ha buscado y que no quiere cambiar porque la hace sentir bien, pero le molesta que la gente la trate diferente. Dice: " Prefieren tratarme como una niña enferma en la escuela, en lo social y todo y estar ahí como enferma en mi casa sin que haga nada. A parte y en la escuela y o sea, lo que a mí a veces me choca en la escuela es que todo el día salgo super bien y mis amigas me tratan super bien y todo, pero a veces me salgo del salón y comentan: ¡Ay! no... comentan algo de mí... A mi hermana siempre todo

le quieren decir, entonces también dice mi papá que yo nunca acabo de hecharle siempre la culpa a ella de todo lo que me pasa y no es cierto, claro que no. Sino que más bien lo que me choca es la hipocresía de las niñas, que si me quieren decir algo de que ay pareces loquita o cosas así, se lo digan a todo mundo y que a parte y que hacemos deporte... o sea, a veces que claro sí hay veces que me siento muy mal y dicen ay es que M. está muy mal y no puede hacer deportes y resulta que hago más que todas y todas dicen: ay qué flojera, pero M. hace lo más que puede."

Dice M. que no es tanto que se sienta diferente, sino más bien que se siente como tonta o rechazada: "Pues no diferente, sino como tonta o rechazada. Sí, o sea y he tenido amiguitas y sé que a lo mejor cuando salíamos no era de que la clásica que trata mal todo mundo, no tanto así. Pero sí, por ejemplo, con mis amigas a mí me afecta muchísimo que me digan algo o que yo no les calga... por ejemplo a mí sí me importa mucho lo que piensen de mí y ahora con lo de me amiga, me dolió muchísimo."

C. dice que ella cuando platica con sus amigas se siente incomprendida: "...todo mundo te dice, oye estás loca, cómo le vas a tener miedo a la comida."

Dice C. que ella solita se fue "aislando": "...ya a mí, me decían ya nada de ejercicio y tú solita te vas aislando, no puedes hacer muchas cosas, tú solita, tú te buscas solita, es como un suicidio lento. Digo si no quieres comer es porque no quieres vivir."

P. nunca se ha sentido aislada, ni diferente, ni sola.

El caso de P., insiste en revelarse como un caso diferente de los demás, pues siempre contradice nuestras hipótesis. Podemos hacer una generalización acerca de los otros casos, excluyendo por supuesto el caso de P. y decir que en general es evidente la diferencia de la cual se creen portadoras. Nos preguntamos si esta diferencia surgió como consecuencia de pertenecer a un grupo "anormal" o si virtió en el síntoma anoréxico.

Podemos extraer una idea de Kenny (1987) quien dice que "toda enajenación mental constituye la culminación de un proceso de separación progresiva del individuo y su sociedad."

-Seducción:

Según Baudrillard, 1a seducción nunca es del orden de la naturaleza, sino del artificio, nunca del orden de la energía sino del signo y del ritual.⁻³⁸

A fines del siglo pasado, Freud utilizó el término seducción para referirse a la causa de las neurosis. Es decir que las neurosis, eran causadas por los efectos posteriores de abuso sexual y a la seducción de los niños. Cuando Freud se encuentra con las histéricas escucha que el nódulo patógeno de estas pacientes lo constituía el que se sentían seducidas por sus padres.

Dice Freud: " La histeria se insinúa cada vez más como consecuencia de una perversión del seductor, y la herencia cada vez más como seducción por el padre. Así se dilucida una alternativa de generaciones:

1a. generación: perversión

2a. generación: histeria...⁻³⁹

Es decir que no habían podido tramitar tal cantidad de afecto asociada al hecho, adecuadamente. De esta manera se establecía una fijación de la libido y un trauma. Ahora bien, una vez más Freud se pregunta qué tan real en el sentido de realidad objetiva, son estos relatos. Se da cuenta de que su carácter real yace únicamente en el seno del psiquismo y no en el exterior.

³⁸Baudrillard, J. (1989) Sobre la Seducción. Barcelona.Ed. Planeta.

³⁹ Freud,S.;Carta 52,Obras Completas T. I. Buenos Aires.Amorrortu. p. 277.

Así pues, estas fantasías colocaban al paciente en una situación especial que no hablaba más que de la existencia de la sexualidad aún en los niños. De tal manera que la sexualidad no tiene que ver en realidad con la reproducción, sino con todos los otros caminos, proveedores de placer. Es por esta razón que Freud argumenta que toda sexualidad es polimorfa y perversa.

Pero, seducción no es sexualidad, aunque tal vez la seducción esté presente en toda sexualidad. Baudrillard dice que "sólo la seducción se opone radicalmente a la anatomía como destino. Sólo la seducción quiebra la sexualización distintiva de los cuerpos y la economía fálica inevitable que resulta."⁴⁰

"La seducción se refiere más bien a un juego, un reto, una estrategia de apariencias",⁴¹ dice Forrester.

Es decir, que la seducción siempre va más allá. Esta instalada de manera efímera en otro lado. Se construye de un vaivén de juegos y simbolismos, de retos y apariencias que le dan ese carácter atemporal y escurridizo. Está en todas partes, es un aroma que nos embriaga y nos recuerda el carácter mortal de nuestro cuerpo, así como nuestra inherente negación por llegar a la cita con la muerte, por atraparla y enfrascarla en un lugar seguro donde podamos disponer de ella y normalizarla.

¿Qué tanto la anoréxica, no se construye en el mundo de la seducción? en donde su control sobre la comida y sobre los demás se encuentra en el juego de las apariencias y de las sombras.

Daremos ahora la palabra a los pacientes:

⁴⁰ Baudrillard, J. Op. Cit. p. 17.

⁴¹ Forrester J;(1990) Seducciones del Psicoanálisis:Freud,Lacan y Derrida.México.Fondo de Cultura Económica. p.107

B. es una adolescente extremadamente coqueta, siempre a la moda. Una de sus principales preocupaciones es el cómo los demás la visualizan. Qué piensan los demás de ella. Es algo que le causa conflicto y que sin embargo, no puede evitar. Ella quisiera poder satisfacer lo que los demás quieren de ella: "No soy una persona de goma ¿no?, para estarle cambiando las facciones y mi cuerpo y todo ¿no? y mi forma de pensar."

La relación de B. con su padre, es una relación en donde ella quisiera poder satisfacer todas las demandas del padre para ser la más consentida, la más querida, aunque ella relata que una vez su padre se lo constató, esto sucedió cuando la internaron por primera vez: "Supuestamente él me lo dijo en secreto: Tú siempre vas a ser la consentida".

Cuando B. se empieza a desarrollar, siente un cierto acoso por parte del padre, y se lo hace saber:

"Mi papá siempre ha sido muy cariñoso con nosotros. Nos sentaba en sus piernas, nos besaba, nos abrazaba así fuerte y nos decía que nos quería mucho, pero cuando empecé a sentirme ya más grande, decía yo: 'Es que no me gusta que me toque.' Y le empecé a poner el alto y como mi papá es así, como que toma las cosas así muy distorsionadas, yo no le dije que me dejará de hablar, pero sí, antes me regañaba o así."

"Yo me empezaba a sentir a disgusto con mi cuerpo y cuando él me empezaba a abrazar y todo y no porque lo hiciera morbosamente, sino que yo ya me sentía una señorita y como que mi papá me está apretando así. No me sentía agusto, pero mi papá se lo tomó demasiado en serio y me dejó de hablar."

Ese mundo que ella quiere cambiar, es un mundo angustiante que ha podido ser modificado solo aferrándose a la supuesta imposibilidad de satisfacción total consigo misma y con los demás.

Su queja gira en torno al deseo de satisfacer lo que ella piensa que los demás quieren de ella. Es la única forma de mantenerse, de justificar su existencia.

-Identidad:

El tema de la identidad se hizo presente al escuchar el cuerpo discursivo de los pacientes y nos hizo reflexionar acerca de lo que la identidad significa .

Este, es una categoría importante ya que consideramos que se sitúa justo en el punto de encuentro entre lo "interno" y lo "externo". Es decir, la identidad siempre se construye a partir de un otro. Un otro que hace posible que un sujeto se considere diferente o igual a ese otro y que adquiriera por un lado un carácter único e Individual y por otro un carácter que lo llgue y lo haga pertenecer a un grupo social.

En el caso del síntoma anoréxico, es interesante notar cómo este síntoma es particularmente distintivo y similar al mismo tiempo.

Este es precisamente el punto de encuentro entre digamos lo "interno" y lo "externo", en donde la categoría de "identidad", nos muestra tan sólo una faceta del síntoma y en donde se encuentra el lado de lo "social". Es decir, la identidad es una categoría que funciona en función de los demás, del medio cultural. Pero, el problema aquí radica en el encuentro de lo histórico, que sería el trazo de la identidad en un sujeto y la historicidad, donde esta identidad nos ofrece tan solo un marco conceptual determinado que arroja luz sólo en la medida en que se entiende la identidad desde lo social y no desde la internalización y modos de ser de un sujeto de esta identidad.

Desde el psicoanálisis, por ejemplo el concepto de identidad tan sólo es un indicio superficial de la estructuración del sujeto. Nos ofrece tan sólo una imagen creada en un determinado lugar y tiempo (la cultura), más no elementos de índole más profundos que nos permitan entender o visualizar la posición del sujeto en relación a la estructuración psíquica.

Ahora bien, hablar de identidad desde el psicoanálisis nos introduce en una discusión importante puesto que el psicoanálisis cuestiona esta supuesta identidad.

Freud en el Yo y el Ello (1923) habla del origen del yo en función de las identificaciones provenientes de las investiduras de objeto del ello. Las investiduras de objetos, están regidas por el principio del placer que tiene como meta la disminución de la tensión.

Así pues, diríamos que como principio existe un quantum de energía que se da forma a sí mismo a través de los objetos y que es regido por el principio del placer, pero si avanzamos un poco más en la lectura freudiana, el autor nos lleva a un ámbito donde la pulsión es ahora atravesada por representaciones, imágenes que nos llevan a los postulados de la dialéctica del deseo en Hegel quien nos propone que Yo es otro.

A diferencia de los animales, el humano para no ser cosa Desea el Deseo del otro y que el Deseo es lo único no cosificante. De esta manera vemos cómo el asunto de la identidad se funda como devenir: "...no ser lo que es (en tanto que ser estático y dado, en tanto que ser natural, en tanto que carácter innato) y ser (es decir devenir) lo que no es." ⁴²

Si partimos de esta base y ahora nos adentramos un poco más en el asunto de las identificaciones en relación a la identidad, nos daremos cuenta cómo el psicoanálisis, se refiere a unidad ficticia donde la identidad sirve como punto de partida, entendida como devenir. Las identificaciones nos sumergen en un mundo donde el sujeto existe como sujeto dividido, fragmentado, conformado de múltiples identificaciones en base con los primeros objetos de amor (madre, padre) y donde la identidad es solo una unidad temporal y superficial.

⁴²Kojeve, A.(1933) La Dialéctica del Amo y el Esclavo en Hegel. Buenos Aires. Fausto.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, reproduciremos los trazos hechos por las pacientes en torno a este tema.

Un conflicto importante en el cuerpo discursivo de B. es la identidad. Ella siempre quiere ser algo que nunca va a poder ser. *"Y lo que yo me imagino pues es algo totalmente diferente, es irreal, que no hay una persona total como yo la quiero. Y que no todos me van a querer por eso. Para todos hay gustos y pero no lo puedo aceptar."*

No se acepta como es: *"Eso de poder aceptar quién soy. De poder aceptarme con mis defectos y cualidades"*

"Nunca he hecho las cosas por miedo a lo que los demás dicen, por miedo a lo que los demás puedan pensar y siempre estoy temerosa a lo que los demás piensen y nunca hago lo que yo quiero por lo mismo de que siempre pienso en los demás y o sea la verdad es que ya me harté de pensar en los demás y de decir siempre están los demás antes que yo." *"Nunca me sentí agusto con mi cuerpo."*

B. Siente que sus problemas se reflejan en su cuerpo, es un cuerpo problemático, como ella: *"Los veo en mi cuerpo. Lo veo así, gordo gordo por lo mismo de mis problemas."* *"Si lo que quiero es sentirme bien, ¿para qué? me siento sucia. Me siento con ganas de desaparecer."*

B. siempre ha necesitado de un modelo a seguir: *"Ella era para mí, mi modelo a seguir en cuestión de lo físico, en cuestión de la escuela, para que les pase la tarea y yo siempre pensaba eso que siempre se acercaban a mí, no por mí, por la persona que llevo dentro, por mis sentimientos y eso me hace sentirme mal porque me siento que no me valoran a mí y ella siempre fue mi modelo a seguir."*

P. se describe de la siguiente manera: *"Pues todo mundo dice que soy muy seria, pero no soy tan seria o sea, agarro confianza y pues ya y pues soy alta porque luego aunque me pongo en las chaparritas, si me toman la medida me ponen hasta atrás y a*

mí no me gusta estar hasta atrás. Soy no muy gorda, ni muy flaca y pues soy de pelo castaño...y pues soy no fuerte, ni tampoco muy débil."

La anorexia, nunca constituyó para P. una forma de ser.

A excepción del caso de P. formulamos la hipótesis de que el síntoma anoréxico se conforma como un conflicto identificatorio, ya que ellos se consideran a sí mismas como anoréxicas ante los otros.

Antes que ser B. o P. o M. son anoréxicas.

-Feminidad:

Cuando iniciamos el proyecto, nos interesó de manera particular el tema de lo femenino, en relación a la anorexia, pero cuando realizamos las historias de vida, pocas veces las pacientes hablaron de lo femenino o del ser mujeres, cuestión que nos llamó mucho la atención y que podría interpretarse de múltiples maneras.

Una de las pocas veces que B. hizo referencia a la feminidad, fue de la siguiente manera: *"Y otra cosa es no tener la regla. Para mí cuando yo dejé de reglar era fabuloso... yo no soy nada maternal."*

Vemos como para B. el tener la regla, el ser maternal es algo que le conflictúa y es una de las ventajas de ser anoréxica.

Consideramos que esta cuestión de lo femenino desde la teoría es de vital importancia, aunque en nuestras historias de vida no hayamos encontrado indicio alguno de su presencia, más que como ausencia.

Qué es la mujer es una pregunta por cierto difícil de contestar de la cual, no podemos desentendernos porque se encuentra insertada en nuestro estudio de la anorexia. La pregunta por la mujer en relación a la anorexia es esencial, puesto que si de algo se caracteriza esta condición es que el 90% son mujeres.

Es necesario, aclarar que lo femenino se encuentra en un plano mucho más profundo que aquel que marca la biología. El hecho de que alguien nazca con cuerpo de hombre o de mujer, es decir con genitales femeninos o masculinos no significa que se asuma como hombre o como mujer únicamente por eso.

El hecho de que la anorexia se haya asociado históricamente con la histeria y ésta a su vez con la mujer nos proporcionó un primer acercamiento a la relación de anorexia/feminidad. Sin embargo, conforme fuimos investigando y escuchando lo que las pacientes decían nos percatamos de la dificultad y profundidad del tema.

Quisimos indagar si existe alguna relación entre la anorexia y el ser mujer. Hemos intentado a lo largo del trabajo, entender y analizar lo que la anorexia implica, pero en ningún momento hemos hablado de lo que la mujer significa o lo que ser mujer implica. Por esta razón, decidimos ahondar en este tema .

Desde los Griegos, la mujer se ha visto definida por los hombres y en consecuencia, reducida a la concepción de complemento.

Lo cierto es que la mujer significa y ha significado para los hombres, el lugar del enigma. Al respecto dice Freud: 'El enigma de la feminidad ha puesto caviloso a todos los hombres de todos los tiempos.'⁴³

La mujer se ubica como aquello que no logra encajar en ninguno de los universos perfectamente construidos .

⁴³Freud,S;Op. Cit. T XII p.105

Una primera pregunta sería: ¿En qué se diferencia la mujer del hombre? Los griegos decían que la mujer y el hombre básicamente se distinguían en el plano de la reproducción: la hembra da a luz y el macho engendra.

Esta explicación nos remite a una concepción biologista de la diferencia. Unos humanos nacen hombres y otros mujeres por tener la capacidad de engendrar o de dar a luz. Pero, ¿es la mujer únicamente definible por dar a luz? Igualmente ¿es el hombre únicamente identificable de la mujer por engendrar?

Aristóteles se encuentra en un verdadero aprieto al no poder sustentar, su definición de lo femenino y lo masculino, sin traccionar el esquema epistemológico, que había creado.

Para Aristóteles, definir cualquier cosa era remitirse ya sea a la sustancia o a los accidentes. Pero la antinomia masculino-femenino es demasiado importante para ser un "accidente", pero no lo suficiente como para afectar a la sustancia.

Así que una de las explicaciones más bonitas y más interesantes es la diferencia entre hombres y mujeres en relación al semen y la sangre, lo cual nos remite una vez más a la capacidad de engendrar y de dar a luz. Capacidad únicamente referida al hombre y a la mujer como seres biológicos diferentes, con funciones y capacidades diferentes, en base a la anatomía que les da vida.

Pensaban los griegos que ahí, debía existir la base de la diferencia. Los hombres secretan semen y las mujeres secretan sangre. ¿por qué? y se responden: "Pues gracias a su calor vital, el macho es capaz de transformar la sangre en esperma- la hembra se caracteriza por su impotencia para llevar a cabo esta metamorfosis."⁴⁴

⁴⁴Perrot M; Historia de las mujeres T. I, Madrid. Taurus. p. 97

Se consideraba el engendrar, como una característica casi perfecta del hombre, debido a la capacidad vital para calentar. Mientras que la sangre, conservaba la característica femenina de Imperfección y de falta.

Por otro lado, sorprende leer a Platón por su valoración de lo femenino, es decir del parir. Dice Platón: **feminizar el sujeto del saber significa hablar de todo aquello que importa al alma, apropiarse de la verdad.**⁴⁵

Pero el pensamiento de Platón no se encontraba precisamente de acuerdo con el pensamiento de Homero o de Galeno, para quienes el objeto-mujer en el mejor de los casos era inferior.

Hasta este momento hemos utilizado mujer/femenino y hombre/masculino como sinónimos porque al parecer así se referían los Griegos.

Este primer retorno a los griegos acerca de la mujer y el hombre y de lo femenino y lo masculino, nos introduce en una problemática más profunda, pues si bien al remitirnos a los griegos nos damos cuenta del origen de la concepción de lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad occidental, también nos abre el camino en dos direcciones, por un lado la concepción de lo femenino y lo masculino en torno a la diferencia biológica del hombre y la mujer, pero por otro lado, lo femenino y lo masculino como concepciones que si bien parten del cuerpo biológico, se despegan de éste y se mueven en otro ámbito.

Dice Frida Saal al respecto: " **No existe ninguna esencialidad que corresponda a lo femenino y a lo masculino. Que lo que es fundante es la existencia de la**

⁴⁵Ibid.p.79

diferencia y que los contenidos en que se visualizan uno y otro se desprenden de las condiciones particulares de la historia en un momento determinado.⁴⁶

Es así como llegamos al punto nodal de nuestra reflexión, pues por un lado tenemos la necesidad de buscar una respuesta a nuestra primera pregunta acerca de la diferencia entre lo femenino y lo masculino. Hemos encontrado el momento en que los conceptos nos traicionan y la diferencia se comienza a hacer intrínseca a lo femenino y lo masculino, porque por un lado al considerar la evidencia física entre hombres y mujeres la diferencia es evidente, pero por otro lado, nos encontramos con la imposibilidad teórica de estacionarnos en este punto. Pues ¿cómo reducir lo femenino y lo masculino a la diferencia fisiológica y biológica de nuestros cuerpos?

Al citar a Frida Saal, también nos damos cuenta de que lo femenino y lo masculino, son en realidad concepciones vacías que son rellenas por la historia, por la cultura.

En este momento Freud puede ser de gran ayuda para visualizar con mejor claridad el escabroso camino que nos hemos trazado. Dice Freud: "Lo masculino y lo femenino son cualidades anímicas. A diferencia de cualidades biológicas." y más adelante dice: "se exhortará a ustedes a familiarizarse con la idea de que la proporción en que lo femenino y lo masculino se mezclan en un individuo sufre oscilaciones muy notables."⁴⁷

He aquí, dos ideas que nos parece importante reconsiderar: Freud desarticula lo masculino y lo femenino de las cualidades biológicas, cuestión que hemos intentado redondear sin poder aterrizar con seguridad, y que al parecer incita a pensar lo masculino y lo femenino como cualidades del alma.

⁴⁶Saal, F.; La Bella Indiferencia. México. Siglo XXI p. 30

⁴⁷Freud, S.; (1988) Los Textos Fundamentales del Psicoanálisis. España. Alianza. P.517

Por otro lado, nos señala que lo masculino y lo femenino, se encuentran en los humanos mezclados de muy diversas maneras. Es decir, no existe una proporción universal de femineidad o masculinidad en un individuo, lo cual da por hecho que hombres y mujeres tienen o contienen ambas partes.

Hasta ahora, ha quedado un poco más claro que lo masculino y lo femenino son conceptos extremadamente frágiles y que no dependen de la biología.

Ahora bien ¿ si no dependen de la biología de qué dependen?

En esta dirección apunta la disertación de Freud al distinguir entre femineidad y sexualidad femineina.

Según Freud, lo femineino se refiere a este molde social que imprime y determina su contenido, mientras que sexualidad femineina es la posición de la mujer en relación a su deseo. ¿A qué se refiere con esto?

Ese frágil y dependiente pedazo de carne que nace tiene como primer objeto de amor la madre que lo estructura y le da vida. En el caso del varón dice Freud: "La madre fue su primer objeto de amor; luego con el refuerzo de sus aspiraciones enamoradas, lo sigue siendo y a raíz de la intelección más profunda del vínculo entre la madre y el padre este último no puede menos que devenir un rival."⁴⁸

Pero en el caso de la niña el proceso es aún más complejo puesto que se dan una serie de desplazamientos, de movimientos tanto de zona erógena, pues el clítoris es cambiado por la vagina, como de objeto.

⁴⁸ Freud, S; (1931) Sobre la Sexualidad Femineina. Obras Completas. TXXI. p. 232.

El primer objeto de amor de la niña es la madre, la cual tiene que ser sustituida por el padre. Freud recalca la importancia de la fase pre-edípica es decir, la ligazón-madre como fundante porque de esta dependencia de la ligazón-padre.

De esta manera, la madre, como todo poderosa, es vista como la gestora del deseo y así en la niña es constitucional la homosexualidad.

De esta manera se explica porqué Freud dice que el complejo de Edipo para la mujer es el resultado final de un desarrollo más prolongado puesto que tiene que haber un cambio de zona erógena y de objeto de amor quedando tres posibles alternativas:

- La esperanza de tener alguna vez un pene que conlleva al complejo de masculinidad y probablemente a la elección homosexual.
- El extrañamiento de la sexualidad.
- La forma femenina del complejo de Edipo, es decir la elección del padre como objeto de amor.

Como podemos apreciar, el camino recorrido por la niña es mucho más enredado y largo.

Otro factor a considerar, según Freud es que el extrañamiento respecto de la madre, se debe a el efecto del complejo de castración. Es decir, que en algún momento la niña da cuenta de la falta de pene que la constituye y reprocha a la madre el no haberla parido hombre.

Dice Freud: "Repasemos toda la serie de motivaciones que el análisis descubre para el extrañamiento respecto de la madre: omitió dotar a la niña del único genital correcto, la nutrió de manera insuficiente, la forzó a compartir con otro el amor materno, no cumplió todas las expectativas de amor, y por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió."⁴⁹

⁴⁹Freud,S;Ibid. p. 235

De esta manera, Freud se explica la naturaleza ambivalente de la ligazón-madre.

En este sentido, nos preguntamos si feminidad y sexualidad femenina en algún momento se entrelazan o si podemos hablar estrictamente de sexualidad femenina y estrictamente de feminidad, como dos entidades separadas. Es posible plantear la pregunta de ¿cómo se organiza la diferencia sexual en la cultura?

Porque si bien la sexualidad necesariamente nos remite a la historia de las pulsiones y sus vicisitudes, la forma en que ésta se organiza es desde el exterior. Dice Frida Saal: " Nos encontramos, aquí con una primera e importante subversión de un orden natural aparente, ya que no es el organismo en sus funciones naturales el que soporta y apunta la aparición del deseo, sino que es el deseo del otro, imprescindible para que el niño viva, el que asegura y posibilita su supervivencia corporal."⁵⁰

Es así como el deseo del otro organiza y estructura el deseo y en la medida en que se instaure un corte, una ruptura, una diferenciación entre ese yo y su objeto, como adviene el sujeto, como sujeto deseante.

Una vez más nos encontramos en un punto en donde es posible una bifurcación del camino porque de esta reflexión surgen dos consecuencias:

-Esto nos demuestra que si bien lo masculino y lo femenino varía a lo largo del tiempo y de la cultura. Lo que no varía, lo que resulta fundante, lo que no cesa de causar estragos psíquicos, es la diferencia.

-Como ya Freud lo había señalado es fundamental remitirse a la etapa preedípica, a la relación madre-hija para entender lo femenino. En palabras del propio Freud: "Llegamos al convencimiento de que no se puede comprender a la mujer si no se pondera esta fase de ligazón-madre preedípica."⁵¹

⁵⁰Saal,F;Op Cit. p.18

⁵¹Freud,S; Op.Cit. p. 228

En este momento de la reflexión, creemos que los conceptos activo-pasivo, sirvieron a Freud para señalar el posible encuentro entre feminidad y sexualidad femenina, puesto que Freud al proponer dichos conceptos, advierte que deben utilizarse con extrema cautela. "podría intentarse caracterizar psicológicamente la feminidad diciendo que consiste en la predilección por metas pasivas. Pero puede ser que se requiera una gran dosis de actividad para alcanzar una meta pasiva."⁵²

Así que Freud utiliza activo y pasivo sin que pasivo sea inactividad ni activo, no pasividad. ¿pero entonces, por qué utiliza estos conceptos? La respuesta tal vez, sea la misma que motivó a que masculino y femenino partieran de la biología para después independizarse de ella. Y es que dice Freud: "Las metas sexuales de la niña, junto con la madre son de naturaleza tanto activa como pasiva y están comandadas por las fases libidinales que atraviesan los niños."⁵³

De esta manera la niña, que en un principio es cuidada y amamantada por la madre, se dirige libidinalmente de forma pasiva, pero después existe una rebelión a la pasividad evidenciándose, en el juego. Aquí, las fantasías orales de ser devorado y devorar a la madre son de especial importancia, pues nos muestran un juego ambivalente de introducir y ser introducida, de exteriorizar e interiorizar.⁵⁴ Es que la madre para la niña cumple el papel de seductora, ya Freud al enfrentarse con la histeria había delusado el papel que la seducción dando un giro radical a la teoría del trauma, desarrollando la seducción en adelante, no como trauma, sino como representación. Y Freud se pregunta ¿Qué es lo que la niña demanda de su madre?

⁵²Freud, S. Ibid. p. 107

⁵³Freud. Ibid. p.237

⁵⁴Cuestión que consideramos de vital importancia en la anorexia nervosa, pues al parecer, el conflicto radica esencialmente en introducir alimentos, en evitar devorar o ser devorada. La anoréxica no retiene, evita retener. El lazo fundamental, entre la niña y la madre, lo constituye precisamente el alimento y las heces. La retención de heces, es una etapa sado-masoquista anal que significa la hostilidad hacia la madre.

Nos atrevemos a sacar otra pregunta aún más general, ¿qué quiere la mujer? y con esto nos introducimos en la demanda femenina desde la óptica Freudiana, en la prohibición del incesto que tiene su contraparte en la promesa para el hijo de otra mujer, pero ¿para la madre que promesa hay?

Para poder entender a qué nos referimos con esta pregunta, es necesario revisar una vez más la teoría Freudiana de la sexualidad femenina.

La niña, al nacer y al ser la madre, el objeto de amor por excelencia se introduce en la lógica del deseo, lógica que se verá confrontada, al darse cuenta de la diferencia de los órganos sexuales. Para los niños, no existe diferencia biológica hasta que se dan cuenta de ella. Hasta que la niña se da cuenta de su falta y de la falta de la madre. Entonces, la niña tiene que desidentificarse con la madre e identificarse con el padre, hacerse objeto del deseo del padre. Si hay algulen que pasa por el estado de ser el objeto del otro es la mujer en su hacerse mujer, ya que debe atravesar la identificación con el objeto del padre es decir, con el falo. La mujer se identifica con el falo del padre, se hace a sí misma, falo paterno.

De ahí que el ser mujer tenga que ver más con el ser el falo que con el tener el falo.

Así pues desde nuestras historias de vida, poco podemos decir en relación al desarrollo teórico de la mujer y de lo femenino. Únicamente podemos concluir que abocares al estudio de la feminidad, desde cualquier perspectiva implica un trabajo aún más profundo con las pacientes.

Cabe destacar que no porque las pacientes en estas entrevistas no hayan ahondado en el tema o no se hayan referido en su discurso al tema de la mujer o de lo femenino, no quiere decir que lo femenino no tenga que ver en la formación del síntoma en relación a cada uno de los temas que tocamos.

d. Fantasía

Acerca de la fantasía, podemos especular sobre la importancia de ésta en la formación del síntoma.

Dice Freud que: "La retirada de la libido a la fantasía es un estadio intermedio del camino hacia la formación de síntoma, que merece sin duda una denominación particular."⁵⁵

Con frecuencia, cuando uno se encuentra inmerso en conformar historias y relacionarlas con el síntoma y con la identidad, etc. la pregunta de qué tan "verdaderos" son los relatos y anécdotas que nos cuentan nos salta a la vista. Durante muchas sesiones, nos preguntamos si no estarían "inventando" o "fantaseando", pero después consideramos que estas "invenciones" y "fantasías", en todo caso tienen un papel importante y una razón de ser, así que quisimos conformar este tercer apartado, para subrayar la importancia de la fantasía en la conformación del síntoma.

Un caso, particularmente ilustrante de la fantasía y su relación con el síntoma anoréxico, es el caso de M. quien nos cuenta de cómo durante meses se sintió osecada por un posible violador. Por supuesto, esto tampoco lo podemos desechar como un posible hecho real, por otro lado, si es una fantasía, es una fantasía muy "real".

Consideramos que la fantasía se encuentra en una estrecha relación con la seducción, pues ésta se encuentra en otra parte, es de carácter efímero y nos introduce directamente en el seno del psiquismo.

⁵⁵Freud, S. Obras Completas. La Formación de los síntomas. T. Buenos Aires. Amorrortú. p.

Cuando Freud primero formuló esta teoría se preguntó si éstas escenas de seducción por parte de los padres eran "verdaderas".

Pronto Freud responderá que en realidad poco importa el carácter real, porque el trauma tiene el carácter de representación. Es decir, que lo importante entonces, ya no es el trauma en sí, sino el recuerdo del trauma, la representación que una persona hace de un suceso y las consecuencias que esto tiene. De esta manera Freud se adentra en el terreno de la memoria. Esto le permite construir un aparato psíquico.

El trabajo de Freud en *Un Proyecto de Psicología para Neurólogos*, constituye un esfuerzo por explicar el aparato psíquico a partir de premisas neurofisiológicas. Es un trabajo extremadamente denso que, a pesar de su gran importancia teórica, Freud mismo descalifica años después.

Consideramos importante incluir el contenido esencial de este trabajo para ir adentrándonos poco a poco en el espacio psíquico Freudiano. Freud enfatiza la importancia del carácter cuantitativo de las representaciones en la histeria y la neurosis obsesiva. En estos estados patológicos hay una gran cantidad de energía. Las neuronas tienden a liberarse de esta cantidad, no sin repercutir a modo de placer-displacer. Es decir, cuando se libera cierta cantidad se produce placer, mientras que cuando no, se produce displacer.

Según Freud, el ser humano se encuentra inmerso en esta dualidad de placer-displacer, en donde constantemente lo que se quiere es procurar el placer y evitar el displacer, aunque de esta manera surge una paradoja interesante en relación a ciertos displaceres que causan placer.

En la carta 52 a Fliess, Freud retoma el tema de la memoria y lo expone de manera sintética en un pequeño esquema que incluye por un lado la percepción y por otro lado la conciencia. Entre la conciencia y la percepción, se encuentra el espacio psíquico, el espacio del inconsciente y el preconscious. Lo importante es precisamente no antes

de la percepción y/o después de la conciencia, sino el espacio entre percepción y conciencia: el espacio de la memoria.

Freud se pregunta ¿Por qué recordamos o cómo recordamos? y ¿por qué olvidamos? **'conciencia y memoria se excluyen entre sí.'**⁵⁶ Es decir, que no todo lo que recordamos es lo que existe, sino que muchas veces olvidamos y no por eso deja de existir el contenido de lo olvidado, es sólo que se encuentra inaccesible, no se realiza la transcripción y por eso no cambia de nivel, permaneciendo así, en un nivel inferior, digamos, inaccesible.

Así, hay primeramente un nivel de signos de percepción en donde hay una asociación por simultaneidad, el siguiente nivel es el nivel de la inconsciencia en donde las huellas mnémicas son almacenadas, digamos, permaneciendo inaccesibles a la conciencia y un tercer nivel de la preconciencia en donde hay **"una tercera retranscripción ligada a representaciones-palabra, correspondiente a nuestro yo oficial."**⁵⁷ Lo que deviene consciente se atiene a ciertas reglas y tiene un efecto posterior (nachträglich). Así pues, se trata de retranscripciones, de escritura, que se rige según el principio cuantitativo, y que tienen por lo tanto un monto de placer y un monto de displacer.

Hay en todo esto un proceso defensivo, llamado por Freud, represión, es decir una falla de transcripción de un nivel a otro, que impide que ciertos recuerdos se transcriban por ser demasiado displacenteros. Aunque existe siempre la posibilidad de que recordemos sucesos extremadamente displacenteros, ¿qué sucede en estos casos? Dice Freud: "Si A, cuando era actual, desprendió cierto displacer, y al despertar desprende un displacer nuevo, entonces no es inhibible. El recuerdo se comporta en tal caso como algo actual. Y ello sólo es posible en sucesos sexuales, porque las magnitudes de excitación que ellos desprenden crecen por

⁵⁶Freud, S; Op. Cit. Tomo I. p. 275

⁵⁷Ibid. p.275

si solas con el tiempo (con el desarrollo sexual).⁵⁸ Así pues, el contenido fundamental de los sucesos reprimidos es de índole sexual: "El suceso sexual en una fase produce entonces efectos como si fuera actual y es, por lo tanto no inhibible en una fase siguiente. La condición de la defensa patológica (represión) es, entonces, la naturaleza sexual del suceso y su ocurrencia dentro de una fase anterior."⁵⁹ Pero a continuación, aclara Freud que no todas las experiencias sexuales son displacenteras y por ende reprimidas, sino que hay experiencias sexuales placenteras y como consecuencia, contraria a la represión, éstas constituyen una compulsión.

De esta manera el espacio psíquico planteado por Freud es básicamente este espacio entre percepción y conciencia, con toda la escritura y reescritura de este espacio. Por lo tanto el énfasis Freudiano está en estos recuerdos, en la represión, en el olvido, es decir en la escritura de un sujeto.

¿De qué manera podemos utilizar esta reflexión freudiana a nuestro estudio del síntoma anoréxico?

Como podemos ver, las historias que construimos y los ejes que analizamos nos muestran cómo en esencia el síntoma es una expresión creativa, donde estos pacientes vierten una serie de significaciones y donde, como dijimos anteriormente, cada uno de estos ejes juega un papel distinto en cada una de ellas.

Ahora bien, consideramos que la fantasía es una parte particularmente importante en la formación del síntoma, aunque debido a la limitación del tiempo e incluso del método no hayamos podido ahondar con mayor precisión en ella.

⁵⁸Ibid. p.276

⁵⁹Ibid. p.277

Ahondar en la fantasía nos remitiría a una puerta de entrada por el imaginario en relación a la realidad de cada una de estas pacientes, así como en la función del yo.

Esta idea que tantas veces se encuentra reiterada a lo largo de los relatos históricos, de que la anorexia es algo que viene de fuera y que se introduce en ellos transformando su vida, su percepción y en general su identidad constituye una paradoja esencial porque a la vez nos muestra como este "algo" exterior se ha vuelto algo profundamente interno y único.

Conclusiones

Pensar la vida que se nos escapa, suena como una frase sutilmente contradictoria, y tenazmente avasallante, porque nos recuerda que la vida se nos escapa y que es posible, aunque sea fugazmente, pensarla. Encontrar el punto exacto en donde uno se sitúa y en donde ambos extremos se encuentren de manera digamos suave, es casi imposible y esto nos lleva a pensar que en no muy pocas ocasiones, nos inclinamos demasiado a pensar, mientras la vida se nos escapa. ¿Pero de qué otra manera podría ser? Porque es precisamente que la vida es, que se nos escapa. Se nos escapa porque tiene movilidad y toda movilidad tiene un principio y un fin.

Pero ¿cómo desligarnos de este pensamiento que es nuestro máximo orgullo? y también, ¿cómo no tratar de escapar a nuestro destino? ¿cómo borrar siglos y siglos de historia, la cual delimita sutilmente la manera de abordar la vida y la muerte? Es en esta reflexión que intentamos darle sentido, a partir de los encuentros fallidos con las anoréxicas, al fenómeno anoréxico.

Hasta ahora, la anorexia ha caído precisamente en aquello que no hace más que recordarnos la imposibilidad de saber con certeza, de conocer con exactitud, una razón lógica y fundamental para explicar una conducta. Finalmente, lo que podemos ver de la anorexia, no es más que la conducta que la caracteriza, pero eso no es la totalidad del fenómeno, eso no es la "anoréxica", sino el cuadro anoréxico, que tan bien nos hemos aprendido.

Cuando vemos una paciente anoréxica, lo primero que nos viene a la cabeza son los rasgos más sobresalientes: no querer comer, no querer subir de peso, etc. Han sido éstos los que la nosológica médica y psicológica, se ha dedicado a subrayar y consideramos que se ha descuidado el hecho de que en su producción intervienen muy diversos factores, que deben abordarse desde diferentes perspectivas de reflexión.

Por ejemplo, el cuerpo físico requiere de un estudio tradicional anatomopatológico de alguna forma "estático", por otro lado, el de cuerpo en desarrollo, y homeostásis, con sus procesos de regulación interna, en una perspectiva absolutamente dinámica y en la continúa búsqueda del equilibrio. Y por otro lado, la concepción mental del cuerpo requiere, a su vez de varias formas de abordaje, desde esquemas cognoscitivos, hasta las formas más complejas de simbolización.

Es en estas formas de simbolización, que dirigimos nuestra atención, pues cómo ignorar que la anoréxica vive no comiendo, vive encerrada en su obsesión por adelgazar, por siempre alcanzar más y que en esta jaula que ella misma se ha creada, se encuentran estas formas complejas de simbolización.

Quisimos desplegar las vastas y múltiples implicaciones que se encuentran concentradas en la aparente simpleza del síntoma anoréxico, las cuales nos introducen de lleno en terrenos en donde lo interno y lo externo se traslapan, donde lo histórico adquiere un carácter particularmente importante y donde los ejes referenciales nos hablan del lugar estratégico de la familia, el cuerpo, el control, el autocastigo, lo femenino, la identidad y la escisión.

Observamos que los ejes recogidos de las historias de vida tienen una manera muy particular de relacionarse entre sí. Es decir, que nuestra primera aproximación acerca de la permanencia y el cambio fue poco a poco entretrejiéndose a través de los diferentes hilos.

Encontramos que la permanencia y el cambio tienen que ver con la conformación de la identidad, con el núcleo familiar en donde pueden apreciarse nítidamente las figuras de la madre, el padre y los hermanos.

En el caso de B. pudimos observar cómo la figura del padre es de particular importancia en relación a la conformación del síntoma; en el caso de R. el núcleo familiar

está compuesto de múltiples alianzas y de mensajes contradictorios. En el caso de M. la familia es vivida como amenazante y persecutoria y en el caso de P. cuando la familia estuvo a punto de desvanecerse, ella comienza con el síntoma.

Por otro lado, el tema del cuerpo como esta delimitación concreta y a la vez muy abstracta entre lo "interno" y lo "externo", nos llevó a la repetitiva idea de la separación mente-cuerpo en relación a la exclusión del Yo.

En el caso de M. por ejemplo, podemos describir la corporeidad de su discurso como un dibujo corporal que se encuentra sumergido en la eterna contradicción, en la insatisfacción, por ejemplo de lo que ella llama "lujo" (comida), que le permite sentirse paradójicamente bien, es decir es un cuerpo conformado de faltas, ausencias, hoyos que sólo se permite bordear más nunca atravesar.

El texto corporal se nos ofrece como un texto que desea nada, que eso la satisface, que la ausencia de libido sexual la inserta en un mundo de fantasías y de posibles discontinuidades que son en sí mismas inalcanzables. Como vemos el síntoma anoréxico de M. no cae dentro de los parámetros de una definición exhaustiva o causal en donde el síntoma surge como resultado de un hecho "real" sino como un síntoma lleno de contradicciones que se despliegan y permiten visualizar la condición extremadamente dual e inconciliable del ser humano, en donde su síntoma la desborda, le da una identidad, así como una forma compleja de relacionarse con los demás.

Cada uno de estos ejes, funcionó como un detonador de problemas y discusiones complejas como por ejemplo el asunto de la identidad en relación al Yo, o el problema del inconsciente en relación a su naturaleza, o el problema de lo femenino en relación al "ser mujer".

Ninguno de estos problemas fueron resueltos de manera unívoca, pero sí pudimos tener un nítido acercamiento a la conformación del síntoma en su carácter histórico.

Así pues de manera un tanto general, nos acercamos a la manera en que estos pacientes se han conformado un síntoma anoréxico en relación a una identidad.

El punto de ruptura sobre el cual quisimos prestar particular atención, nos muestra diferencias y similitudes. Para R. la anorexia es algo externo que vino a transformar su vida y su forma de ser, mientras que para B. surgió como efecto de tres factores intrínsecamente ligados a la manera de percibir su cuerpo y a la relación con su padre. Por otro lado, para M. el papel de la fantasía en la formación del síntoma es capital y en cambio P. sólo puede darnos como única pista la separación de sus padres, de otra manera C. se refiere a la preocupación por su cuerpo y por el ejercicio como base del síntoma.

El contenido de los ejes establecidos, únicamente fue descrito de manera somera, puesto que un análisis riguroso y profundo requeriría de mucho más tiempo y contacto con los pacientes. Por esta razón sólo quisimos abrir estos ejes como posibles líneas de investigación en futuros trabajos, como una propuesta de boceto que finalmente pudiera pintar con cierta nitidez el cuerpo histórico del síntoma anoréxico.

Consideramos que la forma en que el cuerpo histórico de estos pacientes se ha conformado en un momento específico nos muestra cómo el síntoma anoréxico es un acto creativo de un sujeto que se encuentra instalado en un proceso paradójico y enigmático donde el síntoma ha devenido como una identidad específica y donde la significación del cuerpo se dibuja de manera esencial.

Esperamos que este trabajo sirva como un acercamiento a la esencia del síntoma anoréxico, lo cual finalmente nos sumerge en la fragmentada esencia de lo humano.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El terreno de la clínica, es un terreno difícil que requiere sobre todo de una atenta escucha, de un riguroso análisis y de una constante puesta en duda de las ideas, por parte del investigador.

Creemos que este trabajo traza nuevas brechas de investigación, en donde se problematice el síntoma y sobre todo en donde se escuche lo que un sujeto dice.

Es importante señalar las limitaciones del método en esta investigación, ya que si bien pudimos contextualizar el síntoma y encontrar el papel que juegan los temas a los cuales aluden los pacientes, aún así hubo algunos problemas de los cuales poco se habló y que incluso en algunos relatos ni siquiera se hicieron presentes. Esto no quiere decir, que estos temas o problemas sean irrelevantes para ellos y para la formación del síntoma sino que tal vez están presentes en la ausencia.

Desafortunadamente, el tiempo del que dispusimos para realizar las entrevistas, fue en realidad poco, lo cual limitó nuestro trabajo.

PROPUESTAS DE INVESTIGACION

Consideramos que la anorexia nervosa es una de las condiciones más enigmáticas en donde se juegan un sin fin de factores desde lo social hasta lo simbólico, pero consideramos que lo más importante es lo que este síntoma significa dentro del contexto histórico de un sujeto. Por lo tanto, creemos que este trabajo aporta líneas importantes de investigación que sin embargo deben ser tomadas con cierta precaución puesto que cada sujeto sostiene diversas formas de creación simbólica.

Algunas de las líneas más importantes trazadas en estas historias incluyen lo femenino, la fantasía, la corporeidad de la escritura histórica en donde aparecen

procesos como la identidad, el control, el autocastigo y la escisión del yo; y la escritura del cuerpo.

BIBLIOGRAFIA

- Aceves, J. (Comp.) (1993) La Historia con Micrófono. México, Universidad Metropolitana.
- American Psychiatric Association. (1996) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM IV. Washington D.C.
- Aulagneri, P. (1991) Cuerpo, Historia, Interpretación. México, Paidós.
- Abse, W. (1987) Hysteria and Related Mental Disorders. Bristol, Wright.
- Baudrillard, J (1993) De La Seducción. Barcelona, Planeta.
- Bataille, G. El Erotismo. México,
- Bataille, G. La Voluntad de Suerte. Sobre Nietzsche.
- Bercherie, P (1988) Génesis de los Conceptos Freudianos. México, Paidós.
- Bernard, M (1985) El Cuerpo. España, Paidós.
- Blanchot, M. (1982) The Space of Literature. University of Nebraska Press.
- Bleichmar, E.D.(1985) El Feminismo Espontaneo de la Histeria. México, Siglo XXI.
- Bruch, H.(1978) The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge Massachussets, Harvard University Press.

- Canguilhem, J. (1966) Lo Normal y lo Patológico. México, Siglo XXI.
- Caparrós N, y Sanfeliú I. (1997) La Anorexia. Una Locura del Cuerpo. Madrid, Biblioteca Nueva.
- De Garay, G.(Comp.) (1994) La Historia con Micrófono. México, Instituto Mora.
- Dolto, F (1983) En el Juego del Deseo. México, Siglo XXI.
- Dolto, F.(1986) La Imagen Inconsciente del Cuerpo. México, Paidós.
- Dolto, F. (1984) Sexualidad Femenina. México, Paidós.
- Duby G. Y Perrot M.(1993) Historia de las Mujeres. Tomo 1. México, Taurus.
- Forrester, J. (1995) Seducciones del Psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida. México, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault M.(1981) El Nacimiento de la Clínica. México, Paidós.
- Foucault M. (1967) Historia de la Locura en la Época Clásica. México, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault M.(1970) Arqueología del Saber. México, Siglo XXI.
- Freud, S (1979) Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortú.
- Heiker, M. y Miller, C.(1994) Anorexia y Bulimia: Deseo de Nada. Buenos Aires. Paidós.
- Guillemot y Laxenere (1983) Anorexia y Bulimia. Ed. Masón.

Kaufman, R (Comp.); (1970) Evolution of Psychosomatic Concepts: Anorexia Nervosa, A Paradigm. N.Y University Press

Kojeve, A. (1933) La Dialectica del Amo y del Esclavo en Hegel. Buenos Aires. Fausto.

Lacan, J (1953) Seminario 1. Los Escritos Tecnicos de Freud. Buenos Aires. Paidos.

Lacan, J (1971) Escritos1. México, Siglo XXI.

Lain, E; (1950) La Historia Clínica. México, Salvat.

Lamas, M y Saal, F. (Comp.) (1991) La Bella (in)diferencia. México, Siglo XXI.

Lasegue (1873) De la Anorexie Histérique en Ecrits Psychiatriques.

Mannoni, O; Freud. (1977) El Descubrimiento del Inconsciente. Buenos Aires, Nueva Visión.

Ménard, M.D, Florence, J., Kristeva, J.,(1987) Las Identificaciones. Confrontación de la clínica y de la Teoría de Freud a Lacan. Buenos Aires, Nueva Visión.

Merleau-Ponty, M. (1993) Fenomenología de la Percepción. Barcelona, Planeta.

Platón. (1938) Diálogos. El Banquete. México, Austral.

Raimbault G, y Ellacheff C. (1989) Les Indomptables Figures de L'anorexie. Paris. Editions Odile Jacob.

Sami, A.M.(1989) Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario. México, Paidos.

Schutz,G.(1989) Anorexia Mental. Barcelona, Herder.

Suarez. G.(1996) Tesis de Licenciatura; Anorexia Nervosa. Facultad de Psicología. UNAM.

Toro, J. y Villarderl (1987) Anorexia Nervosa. Barcelona, Martínez Roca