

LA ANOREXIA: CONSIDERACIONES SOCIOECONÓMICAS Y CONCEPCIONES PSICOANALÍTICAS

Diana Carmona Henao*, Oscar Alonso Mira**

Recibido: Septiembre 30 de 2010 - Aceptado: Noviembre 30 de 2010

Resumen

¿Es la anorexia una problemática actual? ¿Es un fenómeno que está de moda? ¿Por qué tantos intentos de abordaje y tan pocos resultados? Éstas y muchas otras cuestiones son las que emergen ante el estallido de la casuística y con la cantidad de abordajes y concepciones que ello ha traído consigo. De un lado, de la mano de la publicidad y los ideales estéticos de belleza, se piensa en el impacto sin igual de la lógica del consumo sin reservas anudada a la circulación de imágenes de lo que se considera esbelto dentro de lo social; de otro, se apela a explicaciones de orden psicológico y psíquico que consideran el efecto de la presencia hostigante de una madre que avasalla el deseo de su hija y con ello instaura en ésta una relación caótica con la ingesta y con la vivencia de la feminidad, o suponen una contemporaneidad que promueve la circulación abierta e incontentada de las formas singulares de gozar de los seres hablantes, lo que trae como efecto modificaciones y novedades en las maneras de hacer vínculo y establecer sociedad. Este panorama suscita el intento de esclarecer y establecer los posibles límites y dificultades a que ha dado lugar lo que se ha dicho acerca de la anorexia en los contextos socioeconómico y clínico psicoanalítico —sin desconocer lo histórico del fenómeno— y que este texto busca recoger en sus principales puntos.

Palabras clave:

Anorexia, moda, consumo, deseo, contemporaneidad, psicoanálisis, goce, pulsión.

Abstract

¿Is anorexia currently an issue? ¿Is it a trendy phenomenon? ¿Why are there so many approaches and so few results? These and many other concerns have been raised by the outbreak of cases recorded and the many approaches and definitions brought by it. On one hand, thanks to advertising and the aesthetic standards of beauty, we analyze the great impact of consumption logic without measure tied to the spreading of images of what's considered svelte; on the other hand, we have the psychological and psychic explanations that considers the effect of the presence of a lashing mother that subdues her daughter's desire, which establishes a chaotic relationship with the consumption of food and the experience of femininity, or supposes that our contemporaneity promotes the open and unrestrained flow of ways for jouissance of the speaking beings, that result in modifications and innovations in the ways we relate to each other and build society. This scene calls for an attempt to clarify and establish the possible limits and obstacles found in what's been said about anorexia in the socioeconomic, and clinical-psychoanalytical contexts —without ignoring the historical grounds of the phenomenon— and that this article pretends to condense through its key points.

Key words:

Anorexia, fashion, consumption, desire, contemporaneity, psychoanalysis, jouissance, pulsion.

* Psicóloga programa Medellín Fuerza Joven Secretaria de Gobierno de Medellín. Candidata a Magister en Estudios Humanísticos Universidad EAFIT. diamach@gmail.com

** Psicólogo Centro de Atención Especializada CAE, Ciudad Don Bosco. miraoscar@gmail.com

Introducción

Asistimos en la actualidad a una propagación de casos de anorexia y con ello se ha incrementado notoriamente su abordaje y tratamiento. Esto ha posibilitado la aparición de contradicciones y desaciertos que se evidencian en las limitaciones y preocupaciones que la enfermedad continúa suscitando. Se esperaría que tal difusión de concepciones y tratamientos ilustrara justamente lo que encierra la anorexia y que así la intervención lograra una mayor eficacia. Sin embargo, la anorexia se manifiesta de manera contingente y su misterio persevera, lo que puede verse en el resultado de los tratamientos y en los límites de su comprensión.

Este artículo es producto de la indagación realizada para el trabajo de grado Limitaciones y dificultades de los abordajes socioeconómico y psicoanalítico frente a la anorexia, indagación sobre lo que se ha dicho acerca de la anorexia en sus concepciones y abordajes en los contextos psicoanalítico y socioeconómico. Deseamos con este artículo realizar una breve presentación de la intención de dicho trabajo: hacer visibles las dificultades de estos discursos y abordajes alrededor de la anorexia.

De su historia

Quizás muchas condiciones alrededor del fenómeno de la anorexia nos llevarían a considerarlo como totalmente nuevo y propio de nuestro tiempo. Pero un rastreo no muy profundo permite ver que no es así. La medicina, la psiquiatría, la religión, se han ocupado del asunto y han consignado gran cantidad de casos y experiencias ligadas al fenómeno que desde el siglo XIX adquirió el estatuto de cuadro clínico y que en la última mitad del siglo XX se ha mostrado en aumento, llegando a considerarse incluso como una de las epidemias de nuestro tiempo.

Desde el ámbito de las religiones, el ayuno se ha considerado siempre como una práctica mística de gran valor que es indescriptible y totalmente privada y que revela un don divino de carácter personal. Desde el s. XI y hasta el XVI indicó un ideal de pureza y ascetismo que estaba marcado por la convicción, la obediencia, la castidad y la pulcritud, siendo con ello causa de admiración. Luego, dadas las reformas religiosas del s. XVII, las mujeres con “el poder” de la abstinencia pasaron de ser santas consagradas a ser brujas perseguidas y enviadas a la hoguera. Sin embargo, las santas y sus vidas, aún bajo sospecha, seguían siendo ejemplares, dignas de ser registradas cuidadosamente. Registros que no sólo permitieron su posterior canonización, sino que sirvieron además como fuente de inspiración para quienes predicaban la fe católica, especialmente las jóvenes, quienes tomaban la resistencia a comer como la principal vía para ser, tal y como lo menciona Silvia Fendrik (1997), “reconocidas como modelos, en este caso de santidad” (p. 85). Y se habla de resistencia a comer te-

niendo en cuenta la concepción de esta misma autora acerca de la “anorexia sagrada” como un tipo de pretensión transgresora. De este modo, las santas anoréxicas reivindicaban su autonomía y rebeldía a acatar tanto las normas y opiniones terrenales como las eclesiásticas en relación con la alimentación.

A partir de estos datos es posible inferir, tal y como lo hace Fendrik, que a pesar de no tenerse pruebas, la anorexia parece ser tan antigua como la religión. Para esta autora lo que es aún más sorprendente “de toda esta historia, en consonancia con la época actual, es el descubrimiento de que las santas fueron auténticos modelos de identificación para las jovencitas de su tiempo, lo que aproxima llamativamente a Claudia Schiffer y a Catalina de Siena en nombre del Ideal” (1997, p. 86 [Las cursivas son nuestras]).

Los registros médicos, por su parte, consideran desde la antigüedad a la inapetencia como una dificultad. Ya los griegos llamaban anorektous o asituos (de asitia o inedia) a aquellos que rehusaban el alimento, términos referidos al estado de ayuno prolongado, a la abstinencia alimentaria o a la carencia de apetito. En Hipócrates (460/377 a.C.), aunque no aparece el término anorexia como tal, sí se hablaba de “abstinencia de alimentos”. Apareció luego el verbo griego anorectéo (estar falto de apetito), utilizado por Galeno, el sustantivo anorexia y el adverbio anoréctos (sin deseo, sin apetito), que también fueron usados por la medicina desde el siglo II (Caparrón & Sanfeliú, 1997). Pero es hacia finales del s. XVII que se registra el primer caso clínico de anorexia, en 1686, cuando el médico y religioso inglés Richard Morton atendió a una joven en estado de desnutrición extrema. Morton (1997) escribe el libro *Tratado de las consunciones* (consunción es el acto o efecto de consumir o consumirse; es enflaquecimiento) y lo publica en 1694. Morton se considera entonces como el primero en dar los lineamientos médicos y clínicos de la anorexia, tal como se la considerará luego. Ya en dichos perfiles podía verse que la enfermedad, el adelgazamiento, no poseía causa orgánica alguna y que dichos síntomas se debían a “inquietudes y pasiones de la mente”.

En el siglo siguiente aparecieron algunos artículos de literatura médica. Francois Boissier de Sauvages en *Nosología Metódica* (1736. Citado por Gómez, s.f.) señala a la anorexia en dos vías en las que se extingue el deseo sexual y/o de alimentos: una, vinculada a trastornos digestivos; otra, a estados de melancolía. En 1750, clorosis se llamó la enfermedad en la que se presentaba empobrecimiento de la sangre (amenorrea), disminución del apetito, palidez, palpitaciones. En 1774, se habló de rechazo del alimento de origen psíquico (lo que será la futura anorexia mental) y, en 1789, Naudeau relaciona el no comer con la histeria siendo, quizás, el primero en hacerlo.

En el siglo XIX se consolidó como un cuadro clínico con síntomas definidos y una evolución visible. En la década de 1870 los médicos William Gull, en Londres, y Charles Lasague, en París, mencionan casos de anorexia histérica, describiendo el fenómeno en términos médicos y psíquicos.

Gull (1874) la nombra “anorexia nerviosa” y publica un artículo en 1874 convencido de que el término anorexia (pérdida de apetito) era más acertado que apepsia (indigestión). Finalmente prefirió la denominación “anorexia nerviosa” ya que consideraba que en la enfermedad estaba implicado el sistema nervioso central y no el útero, como se señaló en la antigüedad. Consideró que lo importante no eran las medicinas ni los tónicos sino la alimentación cuidadosa anudada al control moral del paciente, lo que se conseguía con la separación de éste de su hogar. Gull bien podría ser entonces el precursor de los tratamientos actuales.

Mientras Gull marcó un énfasis decididamente más médico, Lasegue abordó el fenómeno desde una perspectiva mucho más psicológica y observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes. Realizó una investigación sobre la conducta de la familia ante el rechazo de las adolescentes a ingerir alimentos, afirmando en su artículo “Anorexia Histórica” (Lasegue, 1990), que en estas mujeres existía una negación perversa a comer. Más tarde, Gilles de la Tourette retomó a Gull y Lasegue y enfatizó que no se trataba de una falta de apetito sino más bien de un rechazo del alimento.

También Freud (1984) abordó en varios de sus textos la anorexia como síntoma histérico. En sus Estudios sobre la histeria menciona el vínculo entre los síntomas histéricos y el trauma ocasionador anudados a vómitos permanentes y síntomas anoréxicos como el rechazo de cualquier alimento.

A comienzos del siglo XX, como efecto de las investigaciones desarrolladas por el patólogo alemán Morris Simmonds, luego de 1914, la anorexia nerviosa fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron con ello tratamientos invasivos con insulina y electroshock. En los años 30 vino el apogeo del psicoanálisis con la exploración de las causas psicosexuales. Y en la década de los setenta, en Estados Unidos, la doctora Bruch (1973) describió las características de personalidad de los individuos que sufren anorexia nerviosa. Ella realizó una observación en la que encontró aspectos comunes entre los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales.

Actualmente la anorexia nerviosa está clasificada en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y en su descripción aparece el deseo persistente de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Según las estadísticas, se convirtió en la segunda causa de muerte entre las adolescentes de todo el mundo.

De la moda y lo socioeconómico

Es el cuerpo lo que está presente de manera inminente en la anorexia. Un cuerpo en el que confluyen, en nuestra cultura, gran cantidad de concepciones y prácticas que le imprimen ideales e imperativos sociales. En el cuerpo confluyen intereses que históricamente marcan lo que debe y puede ser, y que actualmente lo exaltan y alaban bajo la imagen exigente de algo bello, sano y armonioso, en un intento de negación de su otro correlato, que es el del desgaste y la finitud; al tiempo que se le reconoce dinámico y activo se pretende ensombrecer su condición temporal, frágil y perecedera. Nuestra cultura esconde, disfraza y encubre su lasitud. Y para ello dispone el uso de productos, objetos, máquinas, ropas y prácticas que controlen sus olores, sus fluidos, sus expresiones, las huellas del paso del tiempo, las señales de desmesura por efecto de los hábitos a los que se le haya vinculado. Deben acentuarse sus formas, esconderse sus abultamientos y fajar las carnes que se aflojen.

Todo esto aparece bajo la lógica propia del consumo sin reservas y de los lineamientos que la moda determina como aquellos precisos para aparecer bello, sano y esbelto en una imagen ligada al nivel de éxito que se posee. Son estos lineamientos los que insertan el cuerpo, en especial el femenino, entre lo natural y lo abundante frente a una figura mercantil de oferta y demanda propia de todos los objetos de consumo: ahora se nos ofrece un cuerpo lícito en tanto simulacro de la cultura de masas; un cuerpo catalogado y ofrecido al imaginario social bajo la imágenes de la publicidad y la moda que entregan con furor una estética light y de delgadez dentro del marco de una realidad espectáculo (reality show) propia de la estructura de la globalización, que se supone ofrece mayores comodidades y facilidades. Esta situación es la que ha inscrito a los cuerpos y su cuidado en dispositivos de discurso que establecen lo que se considera propio de la feminidad en su relación con la belleza.

Con los elementos hasta aquí expuestos y con las condiciones exhibidas en tales elementos nos es posible arribar a la consideración de la anorexia dentro de lo que hemos llamado el eje socioeconómico, y comprender la consideración principal de los abordajes y estudios sociales, en la que el fenómeno de la anorexia es, en tanto respuesta, el efecto más nefasto y temible de la conjunción del consumo masivo de modelos de belleza y estética, bajo la imagen positiva y normalizada de la delgadez que ofrece nuestra actualidad a través del mercado. Desde aquí, el fenómeno se ha definido como: “la eterna historia de un alguien, casi siempre del sexo femenino, generalmente joven, que siente repulsión hacia su propia figura, que estando delgada se ve gorda y opta por no comer” (Gameró, enero de 2003, p. 127), y en el que sus víctimas son sometidas a una presión psicosocial que las acosa y las induce a una pesadilla sin fin. Un sufrimiento que comienza con la ecuación ideal: “verse bien” igual a “estar bien”, y que trae como resultado “ser querida”, donde el valor estético es equiparado con el valor social. Valoración social que es otorgada por el otro con su mirada; la relación con los demás es lo que le da sentido a la figura en la medida que se la mira, aprecia y avala.

Los abordajes sociales encuentran una explicación para el fenómeno de la anorexia en algunas variables psicosociales como son el género, la etnia, la familia, la generación y desde allí encuentran respuestas a su incremento progresivo, su mayor prevalencia en mujeres que en varones, su predominio en países desarrollados y su inicio preferentemente en la adolescencia.

Según los estudios realizados, la adolescencia es un período de formación e integración de valores, argumentos de crítica y de juicio, y se tiende fácilmente a asumir aquellos que comparte la mayoría, lo que la inscribe como el momento de mayor vulnerabilidad. Respecto a la “personalidad”, se explica que el trastorno puede desarrollarse preferentemente en las que predominen rasgos perfeccionistas, obsesivos, baja autoestima, autocrítica, susceptibilidad a la ansiedad y dificultades para el control de impulsos. A nivel familiar se propone de manera general a las madres dominantes, intrusivas y ambivalentes, y a los padres pasivos e ineficaces en su rol, como posibles precipitantes de la enfermedad. Asimismo, en la actualidad ciertos conceptos como alimentación “balanceada” y actividad física “sana” están en relación con una noción general de bienestar saludable, que apunta a lo que se ha llamado “proyecto de delgadez”. Este proyecto concuerda con el discurso actual de la belleza, la salud y el consumo, además de ofrecerse a las jóvenes como garantía de la felicidad femenina.

Según la psiquiatra Lucrecia Ramírez (2002), el “proyecto de delgadez” es seguido por las jóvenes a tal punto que algunas de ellas no pueden concebir la posibilidad de ser ellas mismas, en una construcción que vaya más allá de la forma; es decir, este proyecto estético se convierte para ellas en su eje existencial. El problema, según esta autora, es que tal ideal de belleza es para muchas mujeres, especialmente para las latinoamericanas, ajeno a su realidad concreta:

Un cuerpo atlético, musculoso, nada flácido, que es ideal anglosajón actual, un cuerpo “worked out”, intensamente trabajado, que daría como resultado una forma angulada. Sumado, un cuerpo delgadísimo, ideal occidental actual, libre de todo depósito de grasa, característico del cuerpo femenino, que también arrojaría una forma angulada. Pero además, un cuerpo sensual, curvilíneo, prototípico latino, con proporciones que se consiguen naturalmente sólo a través del depósito de grasa. (p. 35)

Este es un ideal multiétnico que impregna nuestra sociedad y que es imposible de alcanzar desde el punto de vista fisiológico. Es por esto que ella pretende acabar con los trastornos alimenticios de las jóvenes de la ciudad de Medellín desmontando tal “proyecto de delgadez”, utilizando disposiciones como la estandarización de las tallas, la capacitación de las modelos sobre el problema y la regulación del peso por medio de sus agencias, y el acuerdo con los diseñadores para obtener prendas adecuadas para los cuerpos del fenotipo colombiano, además de crear una red de médicos especialistas, aumentar las exigencias para la apertura de clínicas estéticas, crear en los colegios asignaturas sobre los trastornos alimenticios, y regular a los medios de comunicación que invitan a la esbeltez.

De esta manera, dicho proyecto estético se convierte en un problema cuando, a pesar de chocar con la realidad corporal, las mujeres lo persiguen al punto de convertirlo en una práctica constante, no obstante sus riesgos.

En uno de sus artículos, la periodista venezolana Eleonora Brusual (Citada por Gamero, 2003: 130-131) sitúa su posición al respecto de tal situación:

Ser delgada, flaca, casi anoréxica, es hoy, más que una moda una exigencia. Las pasarelas de los desfiles de moda nos envían la imagen de mujeres cadavéricas, casi andróginas, sin formas, planas, pálidas. Esa imagen, vendida hasta la saciedad por la industria del vestido, de la cosmetología y secundada por todos los medios de comunicación y las empresas creadoras de símbolos, hoy tiembla ante la realidad de ver que se ha cruzado el límite, y las imposiciones de una estética y una moda, están creando generaciones enteras de mujeres enfermizas tanto física como mentalmente.

En esa misma vía Gamero Esparza (enero de 2003) hace una crítica y comenta que:

Nuestras modelos delgaduchas, por no decir menos —imitadas tanto por las divas del espectáculo y el jet set, como por simples vasallas—, son el triste corolario de la realidad del “nuncacomer”, y todo porque a las jovencitas les han hecho creer que si no están a la moda se irán al infierno del ostracismo y la marginación. Esto ciertamente se ha convertido en un verdadero problema de salud pública que se desliza entre el silencio indiferente de gobiernos y entes oficiales y el morbo hipócrita de una sociedad que ha perdido la capacidad de entender sus propias contradicciones. (p. 127)

Además de todas estas consideraciones en relación a la anorexia y sus posibles causas señaladas por los abordajes psicosociales, aparece otra consideración que creemos pertinente señalar en este recorrido: la tesis de adhesión de la mujer al ideal de la delgadez, según Lipovetsky (2002). Con una connotación de base, innegablemente de corte feminista, asegura que en las mujeres “la pasión por la esbeltez muestra el deseo de emancipación de la condición de objeto sexual” (p. 129), al negarse la maternidad como base de la condición femenina. Sostiene que la aparición de los métodos anticonceptivos y el compromiso profesional de las mujeres transformaron las condiciones de vida femenina y su relación con el aspecto físico. Dice igualmente, y esa es la idea que queremos resaltar, que dicha pasión por la esbeltez se debe al deseo de “ejercer un control sobre el propio cuerpo. La esbeltez y las carnes firmes son sinónimos de dominio de sí, de éxito, de self management” (p. 129). Tal pasión está referida así a la autonomía, poder y voluntad de ser actor sobre el propio cuerpo.

Esto es entonces lo que se afirma desde los abordajes sociales: frente a un ideal de belleza como éste, a las mujeres no les queda más remedio que comer de manera selectiva, y trabajar su cuerpo intensamente, ejercitando sus formas voluptuosas, llegando en muchos de los casos a poner en riesgo su “bienestar saludable” e incluso la propia vida.

Desde el psicoanálisis

El psicoanálisis descarta como única (o principal) causa de la anorexia el efecto de globalización respecto a seguir ideales estéticos de moda, al enfocarse clínicamente en la singularidad del sujeto, sin desconocer los efectos que sobre ese sujeto tiene el estar inmerso en un orden cultural y social. Para el psicoanálisis, la conexión entre anorexia y la moda de ultradelgadez corresponde más a una generalización penosa y peligrosa: los ideales de la moda promueven dietas, se está entonces en riesgo de ser anoréxico y en serio peligro de muerte. Esto, además, se propone como “válido” para todos por igual sin variaciones posibles.

El psicoanálisis, por su parte, considera los procesos psíquicos individuales y privilegia la particularidad de cada sujeto. Concibe que el sujeto responde sintomáticamente desde su estructura al malestar que la cultura le produce con sus regulaciones e imperativos. Por lo tanto, sólo se concibe el sujeto en la medida que se inscribe en el lazo social, y aunque esté llamado a hacer vínculo y relacionarse, es su goce lo que lo distancia y lo desliga como expresión de su particularidad, aquella por la cual se indaga al establecer y difundir una clínica del uno por uno.

Freud descubre en su práctica que en el cuerpo se suscitan, y se expresan a través de él, tensiones que no provocan enfermedad orgánica pero que activan el síntoma en tanto manifestación de la lógica inconsciente. Éste es el llamado síntoma psíquico. El síntoma psíquico refiere entonces a una absoluta implicación del sujeto y posee la función de ocultar y evitar un sufrimiento mayor, a la vez que cumple con evitar el reconocimiento de un deseo que aparece como inaceptable.

La anorexia es concebida como un síntoma que trata de un mensaje que busca decirse, que se dirige al Otro, y expresa un deseo que no logra articularse al discurso. Es síntoma de un goce pulsional ligado a la oralidad, resto pulsional que el sujeto no tramita sino con su cuerpo, un cuerpo sintomático que “denuncia” la lógica del inconsciente en la que se ata una manera singular de gozar. Síntoma que revela un conflicto psíquico que posee dos vías: una visible, en tanto no se ingiere alimento, lo que conlleva a un adelgazamiento extremo como consecuencia y para lo que se da una interpretación (justificación) por parte del propio sujeto de eso que se “hace ver”; la otra, no tan visible, se refiere a la significación particular del sujeto respecto a su relación con la comida (Fendrik, 1998), significación

en la que un acontecer (abstenerse de comer o provocarse el vómito) anuncia en sí una repetición, un hecho observable que vuelve a repetirse tal cual sin poderse evitar. Por lo demás, el sujeto lo dice o lo ejecuta sin saber lo que dice o lo que ejecuta y por ello (lo) sufre. Por esto el síntoma excede al ser hablante, surge y sorprende, asusta, o bien, hace reír al manifestarse como un acto involuntario en la conducta que remite al saber inconsciente y está ligado al empuje de la pulsión del que el sujeto dice sin saber, en este caso, a través de su cuerpo.

Se piensa pues que la anorexia es un síntoma que guarda tras de sí un secreto, algo de lo que la anoréxica no quiere saber, y con el cual, al mismo tiempo, intenta preservar su deseo, que desde la perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana aparece como deseo de nada, hacerse nada, comer nada. Las anoréxicas se consolidan a sí mismas como el objeto mismo de su deseo, dado que esto implica para ellas una ganancia en términos de su goce, que no va dirigido al Otro del sentido, de la cultura, sino a preservar ese deseo incolmable que sostienen en el no comer y al cual no logran ni buscan renunciar. Sostienen más radicalmente su afán pulsional en la medida en que éste es más negado por el orden social a través de las disposiciones médicas y científicas que quedan en vilo al constatar que no hay mediación posible entre el ideal de bienestar y la acción singular que se le opone: el Otro ya no se sostiene, queda anulado, inconsistente, ante la persistencia de un deseo que se soporta —léase “mantiene” y “padece”— en la encarnación atroz y desgarrante de ser nada. Esta “nada” significa que se hace uso de esa ausencia frente al deseo materno y sus estragos, se interpone la nada ante el atiborramiento del Otro con su deseo, alimentándose de nada hace que la madre dependa, que le ame. La madre trata de colmar las necesidades y, en el lugar de lo que no tiene, llena de comida e interpreta esto como amor. Por eso quien rechaza el alimento juega con su rechazo como un deseo. Para mantener su deseo, la anoréxica lo quiere (y lo necesita) fuera del deseo de la madre, no quiere comer para mantenerse como sujeto deseante y no ser comida (devorada por el deseo de la madre). Dicha nada le permite estar más allá de la demanda incolmable y de los cuidados excesivos de la madre. La anoréxica no dice sino que se expresa a través de un acto compulsivo, repetitivo, presentificado en la nada como objeto para su deseo. Evidencia un encuentro con lo real fijado en la insistencia del retorno, re-petición de lo lleno y lo vacío.

Por otro lado, se ubica también a la anorexia en la categoría de nuevos síntomas, la emergencia de nuevas envolturas en la forma de los síntomas como efecto de la caída de los significantes amo. La realidad de la época actual muestra de una manera contundente que el sufrimiento humano ha mutado en sus formas clásicas de presentación, en su fenomenología. De allí, que todo “sea posible” trae como consecuencia en lo subjetivo la búsqueda de lo novedoso, de lo extraño en el deseo, ya que precisamente el deseo se sostiene en la prohibición, en lo no permitido. Normas y leyes sociales encuentran su estatuto particular en la conciencia moral de los individuos. La Ley funda al deseo al consolidar el

complejo de Edipo y es la resolución de este complejo —vía identificación inconsciente— lo que hace de la Ley exigida por lo social y representada por las figuras paternas una exigencia interior inconsciente que dicta en la subjetividad aquello que determinará las condiciones para el goce.

La Ley como base del deseo regula entonces sus condiciones de posibilidad. Es por eso que los síntomas que aparecen en la actualidad apuntan hacia las formas en las que la Ley ha modificado su presencia en la subjetividad. En este sentido, referirse a los “nuevos síntomas” designa la dificultad de encontrar en el sujeto mismo los significantes propios que le anuden a la lógica del lazo social en los términos de cohesión y renuncia al goce singular.

Esta renuncia se traduce como efecto de la castración (simbólica) en tanto hace depender de la estructuración del mundo de los significantes, es decir, del saber, lo que implica una pérdida de goce y una forma acotada de recuperación, en la que se dan las condiciones de la represión, de la identificación y de la repetición neurótica. La declinación de la efectividad de la castración implica una cierta laxitud en la represión y en la identificación. Dicha declinación, acompañada de la instalación del discurso capitalista, es el parámetro con el cual se piensa la instalación de los síntomas actuales. Ahora bien, la angustia actual denuncia un sujeto capturado en un goce no acotado porque el lenguaje no opera como represor mismo. Esto da pie a que no emerja la dimensión social del síntoma (hacer lazo a través de la represión) y más bien aparezca un grito corporal. De esta manera, aparecen sujetos —des-sujetados para la lógica clásica del lazo social— que se manifiestan a través del cuerpo sin poder decir nada sobre aquello. Los sujetos quedan fijados en ese punto, porque hay una falla en el anclaje simbólico que sólo les permite responder con el cuerpo. Estas nuevas formas del síntoma ya no se dirigen entonces al Otro del sentido en la forma que lo hacía el síntoma freudiano. Puesta en crisis la voluntad de hacer lazo social a través de lo simbólico, la subjetividad actual aparece dispersa, solitaria.

La anorexia en nuestra época, estimulada por el discurso capitalista, por las ofertas del mercado y los ideales que de allí se desprenden, establece su lógica a partir del rechazo a la satisfacción en una sociedad que ofrece un sinfín de objetos que intentan responder a todo. Esto implica una vertiente del síntoma que va más allá de la vertiente social: la vertiente particular, privada, definida como “la manera como cada uno goza de su inconsciente, en tanto que él lo determina” (Palacio, 1999, p. 76). Esta dimensión del síntoma es considerada como resultado de un conflicto entre la satisfacción pulsional y los ideales, donde el no querer saber sostiene al síntoma de manera que lo particular del objeto pulsional sirve para que el sujeto se resista a las exigencias del ideal.

Ahora bien, es pertinente preguntarnos por la clase de decisión que implica el no comer. ¿Cómo pensar una decisión de la que la propia anoréxica no parece saber nada? La mayoría de los sujetos parecen no saber, ni querer saber nada acerca de su goce anoréxico, y mucho menos hablar

de él. Esto es reforzado en los casos más severos por los medicamentos, los cuales traen consigo la denuncia posterior y continua que dicha acción sólo logra expropiar al sufriente de su palabra, y por ende, de su condición de hablante. Por ello, es que el psicoanálisis opta por restablecer tal condición al buscar que sea el propio padeciente quien analice aquello que le perturba.

Sin embargo, existe por parte de la anoréxica un rechazo del inconsciente como generador de saber y, en consecuencia, esto genera una obstrucción al analista y la posibilidad de intervenir para que emerja la verdad del sujeto, ya que aparece en la anoréxica un saber absoluto donde el misterio queda arrasado por lo real de ese cuerpo; real no articulable a lo simbólico.

Conclusiones

- No es posible decir definitivamente que la anorexia sea un fenómeno actual, un fenómeno de “moda”; que sea sólo un efecto de los lineamientos que la moda exige para la propia imagen en la actualidad. No es suficiente quedarse con la idea de un abordaje “a histórico”, que no sólo promueva una supuesta actualidad basada en los efectos “novedosos” de las pasarelas, de la belleza en serie, la cultura Light, el predominio de la imagen, las nuevas formas y normas para la relación con el otro y los “goces contemporáneos”, sino que igualmente desconozca la existencia del fenómeno en los tiempos de las brujas y las santas —todas ellas con manifestaciones que ahora catalogaríamos como anoréxicas— en donde la renuncia a comer pudo denotar en estas mujeres un sentido religioso elevado o la búsqueda de un lugar social específico marcado por la idea de religiosidad con la intención de ser veneradas o recompensadas materialmente al considerarse sus actos como manifestaciones divinas, o —a partir de finales del siglo XIX— hechos notables con una posible explicación “natural”. Así, es posible que un abordaje histórico permita ampliar nuestra mirada del asunto a fin de no atribuir indiferentemente el despliegue tan amplio de casos que actualmente se evidencia al efecto de la moda, la sociedad de consumo, el discurso familiar y los efectos de todo ello en los sujetos. Además, es pertinente analizar más a fondo cuáles serían las diferencias precisas entre las santas anoréxicas de la Edad Media y las anoréxicas de la actualidad dado que este recorrido señala sobre todo similitudes y cercanías entre ambas.
- Si bien la alimentación restringida parece ser una conducta habitual en nuestra cultura y constituye una posible condición de la anorexia nerviosa, ella no es suficiente para su aparición. Que una adolescente llegue a un cuadro de anorexia nerviosa luego de comenzar una dieta no es algo necesario. La búsqueda de delgadez no alcanza para originar la enfermedad. No todas aquellas personas que están expuestas a las mismas presiones culturales y que vinculan el éxito con la delgadez, desarrollan un trastorno de la alimentación. La mayoría de las jóvenes no

desarrollan esta enfermedad aun cuando todas están expuestas a las mismas presiones. Sólo una pequeña parte de las jóvenes en dieta llegan a la anorexia: si bien es cierto que existe una gran influencia por parte de las presiones sociales, ya señaladas por el aumento del número de casos en estos últimos años, pensamos que esto no permite reducir la anorexia nerviosa exclusivamente a un fenómeno social.

- Como respuesta al problema en sí, no creemos suficiente una estandarización de las tallas (que llevaría exactamente a lo mismo: toda(o)s dentro de un mismo patrón) o campañas voraces y vertiginosas de capacitación, además de asignaturas académicas al respecto, para que toda(o)s conozcan la situación y sus riesgos y que ello sea total garantía de que el problema desaparecerá, o acordar prendas “adecuadas” y exigir unas condiciones específicas a los establecimientos estéticos y a los medios en los mensajes que emiten. Todo ello es ingenuo, además de desenfocado. Sin desconocer la posible influencia de los factores socioeconómicos, consideramos que existen condiciones de orden estrictamente singular, es decir, de orden psicológico y psíquico que merecen ser atendidas.
- Hablar del deseo es hablar de vida. Y es cierto que el rechazo a comer por parte de la anoréxica trata de preservar ese deseo que surge como lo que desde la demanda no se deja saturar. Pero la anorexia da cuenta también de algo que atenta contra la vida. Y ese algo que atenta contra la vida y contrarresta al deseo es lo que en psicoanálisis se conoce como goce pulsional.
- Desde el ámbito del psicoanálisis se descarta, como única causa de la anorexia, el efecto de globalización respecto a seguir ideales estéticos de moda; se enfoca clínicamente en la singularidad del sujeto como primer orden, a la par que no desconoce los posibles efectos que sobre él tiene el estar inmerso en un orden cultural y social. Debe considerarse que la línea entre elección y mandato es muy sutil ya que los límites entre la individualidad, la experiencia subjetiva y la cultura son igualmente exigüos; lo interno y lo externo se entrelazan apretadamente por lo que es difícil distinguir su interpenetración. En el caso de la anorexia, tal ligazón señala el enredo entre el deseo singular y la expectativa social.

El psicoanálisis se enfrenta actualmente a la dificultad práctica de lograr que el sujeto anoréxico anude su síntoma a un sentido, lo cual implicaría una acotación del goce presente allí, goce que en su manifestación actual se resiste y rompe con tal intención de ser acotado. Toda su imposibilidad radica en establecer una articulación del goce autístico de la repetición, al Otro y a su campo (el de los significantes), allí donde el Otro está precisamente en cuestión, allí donde no logra situar el desvarío del goce. El rechazo del inconsciente como saber anula un posible desciframiento de la anorexia y evita que se produzca un corte en su funcionamiento, de forma tal, que el goce no se enreda en ninguna trama de goce-sentido y no es posible entonces darle una orientación a ese goce sombrío y enigmático que recorre el cuerpo y petrifica el síntoma perpetuándole. Por esto queda la cuestión acerca de cómo puede

la clínica psicoanalítica abordar la anorexia como un síntoma en el que predomina una estructura que no es la del síntoma clásico para el que se diseñó el psicoanálisis y en donde existe una prevalencia de la dimensión de lo real.

Lista de referencias

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. London, England: Routledge and Kegan Paul.
- Caparrón, N. & Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia, una locura del cuerpo*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Fendrik, S. (1998). La dirección de la cura en la anorexia nerviosa. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 8.
- Fendrik, S. (1997). *Santa anorexia. Viaje al país del nunca comer*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Corregidor.
- Freud, S. (1984). *Estudios sobre la histeria. Obras Completas, Volumen II*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gamero Esparza, C. (enero de 2003). La anorexia: radiografía de un problema flaco. La enfermedad de la belleza (o la insoportable levedad del “nunca comer”). *Cuadernos de Realidades Sociales*, 61-62, 127-138.
- Gómez, G. (2003). Clínica del Objeto: Anorexia. *Desde el jardín de Freud*, 3, 146163 [Versión electrónica]. Recuperada el 13 de enero de 2006 en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/8277/8921
- Gull, W. (1997), *Anorexia Nerviosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)* (1874), Londres. En: “El aspecto central de la anorexia nerviosa”, *Revista Investigaciones en Psicología*, II, 1. [on-line] <http://www.argiropolis.com.ar/images/pixel.gif>
- Lasegue, Ch. (1990). La anorexia histérica (1873). *Vértex. Revista Argentina de Psiquiatría*, (2), 7-24.
- Lipovetsky, G. (2002). *La tercera mujer*. Barcelona, España: Anagrama 5ª edición.
- Morton, R. (1997). *Physiologia: A Treatise of Consumptions* (1694), Londres, Smith and Waldford. En: “El aspecto central de la anorexia nerviosa”, *Revista Investigaciones en Psicología*, II, 1. [on-line] <http://www.argiropolis.com.ar/images/pixel.gif>.
- Palacio, L.F. (1999). Síntoma y lazo social. *Trazos. “Lo social y el síntoma”*, 2, 7281.
- Ramírez, L. (2002). Prevención de anorexia y bulimia en adolescentes escolarizadas. *Saludarte, Revista de Salud para los niños de las Américas*, 6, 8-13