



Experto en Psicología clínica y psicoterapia en adultos

 isfap

www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA VIII. TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD

Introducción

Recordemos que la anorexia es un trastorno de la alimentación que afecta sobre todo a adolescentes féminas y mujeres, aunque la incidencia en la población masculina y adulta en general va claramente en aumento. Como ya comentábamos, no se trata de falta de apetito, sino que estos sujetos temen estar gordos y les asaltan frecuentemente impulsos de insaciable oralidad.

La anorexia se traduce en restricciones de la alimentación que a menudo tienen como pretexto, al menos al principio, un régimen fundado en razones estéticas. Existe un factor sociológico claro que parece jugar un cierto papel en el aumento de los casos, este es el de la aversión cultural a la gordura y el ensalzamiento de un modelo de mujer delgada.

Las restricciones alimenticias pueden acompañarse de vómitos provocados y de ingesta de laxantes y diuréticos. Producen el desvanecimiento de las formas femeninas, la reducción de los músculos, diversos trastornos psicósomáticos, amenorrea, y a veces peligran la vida.

La anorexia suele venir acompañada de hiperactividad con lo que se aumentan las necesidades metabólicas, convirtiéndose el cuadro entonces en un círculo vicioso y peligroso.

Generalmente la anorexia hace su aparición en la pubertad, pudiendo persistir en forma modificada toda la vida. La familia tipo de la anorexia, a nivel descriptivo, es la que está compuesta por una madre dominante y controladora y un padre con relación mínima con la hija.

Factor social

Podemos decir que, en los últimos años, la anorexia ha alcanzado cierta popularidad, originando incluso ciertos cuestionamientos de la llamada cultura de la imagen que se vende. Nosotros creemos que la razón de su popularidad hay que buscarla en otro lado. La anorexia puede ser considerada como el producto de un cierto malestar de esta cultura que nos habita, al igual que en su tiempo fue la histeria el síntoma del malestar en la sociedad. Actualmente los valores del

mercado son regulados por el predominio de la imagen. Lo humano parece reducido a ese circuito de la imagen.



La anorexia surge como una forma de respuesta a una sociedad que estimula la imagen y el reproche. EL Otro (entendiendo éste como aquel que siempre nos acompaña), que es representado por la madre al principio, y cuya continuidad está enlazada con lo social, es un sujeto determinado por los

imperativos legales, económicos, laborales, nutricionales, etc. Debe ser una madre perfecta. El problema es que no puede darle al niño lo que realmente necesita. Ese Otro que es la madre (y también posteriormente el padre), más allá de la particularidad de cada familia, de cada sujeto, se ve empujado a estar atento a satisfacer las necesidades. Ese Otro de nuestros días, en lugar de dar amor, juegos, tiempo, intenta satisfacer la necesidad, procurando dar objetos de goce más que de deseo; deseo sexual si queremos, pero sobre todo deseo vital.

Como decíamos ese Otro es, en principio, la madre. La madre es una mujer y es curioso que la mayor incidencia de los cuadros anoréxicos se de en mujeres. Ello nos lleva a pensar un poco más sobre el psiquismo de una mujer.

La mujer. La madre

¿Qué es ser mujer?... La mujer, a la que se le han podido atribuir deseos de procrear, castrar, matar, etc., ha sido y sigue siendo un enigma para el hombre y para ella misma.

Algunos de los acercamientos para poder comprenderla, situaban el problema de la mujer en su sexualidad. Por ejemplo, Platón fue el primero que dijo que el problema de una mujer se situaba en el útero. Se opinaba que el útero emigraba por el cuerpo de la mujer provocándole síntomas, y que el modo de fijarlo era embarazándola. Los presupuestos en los que se ha basado la psiquiatría hasta finales del siglo XIX tienen que ver con esta posición. Se ha considerado:

- *Que los problemas femeninos son de naturaleza sexual*
- *Que ese órgano fue fundamental en la procreación.*
- *Que el tratamiento consiste en saciar el apetito de ese órgano, embarazando a la mujer.*

Para hablar de la mujer y de la sexualidad femenina desde el psicoanálisis, tenemos que partir de dos puntos importantes: complejo de castración y Edipo.

Complejo de castración

Freud descubrió lo que llamó teorías sexuales infantiles... Una de las teorías más extendidas en los niños es la creencia de que todos, niños y niñas, tienen pene. El descubrimiento posterior de que esto no es así lleva a diferentes conclusiones según el sexo del que se trate. Para el niño, si él lo tiene y otros no, es probable que él pueda perderlo. Aquí está el temor a la castración.

Para la niña: si ella no lo tiene, pero otros sí, es probable que ella pueda tenerlo algún día. Esta evidencia de la diferencia anatómica de los sexos genera temor a ser castrado en el varón y envidia del pene en la mujer. El momento crucial en el que sobreviene la angustia es el descubrimiento de la castración en la madre.

Este proceso origina que tanto el niño como la niña se alejen de la madre. El niño debe alejarse para salvar su pene de la amenaza paterna de castración por su amor a la madre. La niña, en cambio, se aleja por odio a la madre, la odia por no haberle dado ese órgano. La abandona para dirigirse al padre en busca de amor y de ese don que le fue negado.

Diremos entonces que la niña, por la envidia del pene, entra en Edipo... A partir de ahí, se le plantean diversas salidas posibles para resolver la situación. Según Freud, estas serían:

- *Apartamiento general de la sexualidad e inhibición sexual.*
- *Complejo de masculinidad que puede desembocar en la homosexualidad.*

● *Actitud femenina normal. Entra en el Complejo de Edipo y sustituye el deseo de pene por el deseo de niño.*

En todo caso, no nos podemos quedar en lo concreto del pene. Las cosas van más allá ¿Qué es lo que tienen ellos? ¿Qué es lo que les falta a ellas? El pene es solamente el elemento de la realidad sobre el que se apoya la fantasía de completud. Es el deseo de completud lo que se pone en juego. Al ser el pene un elemento llamativo de la realidad y unos lo tienen y otros no, la falta se pone en el pene, pero en realidad se trata de un símbolo, es el símbolo fálico, así le llamamos.

La creencia de que algo nos falta, de que hemos perdido algo, nos lleva a desear el encuentro con ese algo tanpreciado. Ahí pueden inscribirse diferentes objetos.

En la mujer, a partir de la suposición de que es el pene lo que falta, puede llegar a desear un hijo como sustituto del mismo. En realidad, se trata de sustituir la falta, de buscar la completud.

Esto es importante porque nos está hablando de que la madre puede poner al niño en el sitio de la falta, con lo que crea un tipo de relación con el hijo que es peculiar y que va a tener sus consecuencias.

Consecuencia del Edipo: Deseo de la madre

Tal y como haya sido el Edipo de la madre y su posición resultante frente a la castración, va a depender el lugar que esa mujer pueda dar al hijo.

El lugar que da ella al hombre en su deseo es también lo que permitirá a un hombre ocupar un lugar como padre.

En todo caso, el riesgo del deseo de la madre es que origine o facilite que el niño se ponga en el sitio de objeto de la madre, ese objeto que le falta y desaparezca como sujeto. Es allí donde tiene que aparecer el padre y oponer límite a esa relación. Esto es lo que se llama desde el psicoanálisis, nombre del padre. Si éste no está, si el padre no ejerce su función o el deseo de la madre no se lo permite, estaríamos dentro del campo de la psicosis. El nombre para ello es la forclusión del

nombre del padre. La operación deseo de la madre–nombre del padre es lo que Lacan denominó “Metáfora paterna”. Esta operación es lo que permitirá que un sujeto se posicione del lado femenino o masculino en el proceso de identificación.

La alimentación ocupará un sitio importante en este proceso de relación con la madre y separación.

La madre es, en principio, el ser de la realidad del que dependen tanto el niño como la niña. Se tiende a ver como un ser poderoso en la medida que ella interpreta sus necesidades. Si el bebe llora, la madre interpreta que tiene frío o que tiene hambre, o que está sucio, por ejemplo. De esta forma, se van poniendo nombre a las demandas del bebe. Señalemos aquí que para la madre, ese bebe es también un enigma que va interpretando. De esta forma vemos como se va articulando una relación que tiene que ver con dos demandas, con dos interrogantes, uno de cada lado.

El alimento aparece aquí como un mediador importante entre la madre y el hijo. Si el niño llora, la madre suele tender a alimentarlo, pero si el niño llora más aparece el enigma, la madre puede seguir intentándole alimentar y crear una predisposición a una patología alimenticia. Para el niño, el pecho no es sólo nutricio, es también un elemento erótico, un objeto de goce, un objeto de amor y es este el nivel donde el bebe queda insatisfecho y por eso puede llorar todavía más. Es normal que el niño sueñe con ese pecho, lo alucine, intente retener ese objeto de goce de alguna forma. Puede aparecer la anorexia en el lactante o incluso estados de autismo como una forma de perpetuar ese estado de goce donde se alucina con el objeto perdido... A fin de cuenta el pecho real siempre tiene una connotación de insuficiente, sólo en la alucinación es posible fantasear con la completud. La realidad es distinta.

Para que el acto de alimentación pueda llevarse a cabo, deben concurrir la demanda del niño y también la demanda de la madre: aliméntame-déjate alimentar. Son demandas de amor en realidad. Todo lo que no quede satisfecho en ese acto será lo que denominamos deseo. Ni la madre ni el niño quedan colmados, los dos desean algo más.

Pero hablemos un poco más de ese algo perdido, de ese objeto que no está pero que se echa en falta. Al hablar de ello, hablaremos del goce.

Objeto perdido y goce

Ya hicimos un recorrido en el tema anterior por el tema de los objetos. Creemos conveniente articularlo con el camino al que nos está llevando la elaboración de este tema.

En Inhibición, síntoma y angustia, Freud postula el nacimiento como arquetipo de la pérdida y del trauma. Desde esta propuesta, pudiera parecer que la separación de la madre es lo principal, pero recordemos que al principio el niño todavía está instaurado en la célula narcisista y no distingue a la madre como objeto. Es por ello que el peligro es la gran magnitud de excitación procedente del exterior, frente la cual el niño se siente desvalido. Toda situación vivenciada como desvalimiento, adquiere características traumáticas. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento del trauma, que más tarde es reproducida como señal de alerta y demanda ante la situación de peligro.

Más allá del desvalimiento. La pérdida aparece articulada con la palabra.

La pérdida está asociada a la dialéctica de la ausencia y la presencia. Una dialéctica que instaura el proceso simbólico en el psiquismo. Freud logra obtener un acercamiento mayor a este hecho gracias a la observación de un juego insistente de su nieto de año y medio (Ernst Freud) ante la ausencia de la madre: “Fort-Da”.

El niño arrojaba por la baranda de la cuna un carrito de madera atado. Cuando el carrito se alejaba y desaparecía, el niño exclamaba “o-o-o”, que Freud interpretó como fuera. Después el niño tiraba otra vez del carrito haciéndolo aparecer nuevamente y con cierto placer, exclamaba: “Da” (acá está) que simboliza dentro.

El niño logra con este juego simbolizar los movimientos de la madre, estructurar en el lenguaje su ausencia y su presencia. Es más, pasa con este movimiento a controlar activamente el objeto, en vez de sufrir pasivamente la ausencia de la madre.

Como vemos, desde el principio, la pérdida aparece articulada con el lenguaje.

Mas este mismo proceso origina un efecto paradójico que esta en la base para entender más profundamente la falta de objeto. Es la compulsión a la repetición que Freud asociará con la pulsión de muerte. Con el juego del carrito, el niño anticipa y simboliza el movimiento de la

madre y con esto se aleja cada vez más del mundo natural y se mete en el mundo simbólico. El reencuentro con el placer que representa la presencia de la madre ya no será el mismo. El niño repite el juego, pero la ganancia de placer es relativa porque nunca se encuentra lo que se perdió. Dicho de otra forma, en la repetición el niño intenta volver al encuentro originario, allí donde antes del principio del placer, hubo una vez un supuesto encuentro satisfactorio y único. Este encuentro queda dentro de lo mítico, en realidad probablemente nunca se ha dado en la medida en que ya nacemos marcados por un lugar simbólico, en la medida en que somos un nombre que tiene que ver con el deseo de los padres.

Esa repetición que comentamos es muy evidente en la anoréxica. La anoréxica juega continuamente a comer a la madre y a vomitarla... Prefiere no tenerla, pero a veces el impulso es excesivo y ase atiborra, tal y como pudo hacer la madre con ella. Después la tendrá que vomitar. Es el intento de simbolización de una ausencia-presencia.

Goce

El goce es la suposición de un deseo satisfecho. Es decir, la creencia de que es posible encontrar ese objeto perdido que, paradójicamente, nunca tuvimos realmente. Podría equipararse al incesto, en el más ortodoxo lenguaje psicoanalítico: la madre y el niño completándose mutuamente sin la intervención de la interdicción paterna.

En lo referente a la alimentación, podemos decir que el goce está localizado en ese momento mítico donde el pezón y la boca son un solo cuerpo. Es eso que queda fuera del lenguaje. El goce presenta dos caras, una es la de la satisfacción, por lo que hay de satisfacción parcial del deseo; y el segundo es la del dolor. Porque el síntoma hace sufrir, es molesto, y, en estos casos, como en la anorexia, puede costar la vida.

En la anorexia, podemos hablar de este doble sentido del goce. Por un lado, la anoréxica se quiere convertir en ese cuerpo deseado, ese cuerpo fálico que tienen que ver con la completud del Otro, donde no necesita nada. Por otro lado, en la psicosis la falta de demanda al otro deja al sujeto metido dentro de su mundo, alienado...

Podemos decir, desde una perspectiva didáctica, que en la anorexia existe un alto grado de goce, al igual que en la psicosis. Un nivel de goce que, aunque implique dolor, el sujeto no quiere renunciar a lo conseguido, una individualidad propia, una identificación con el síntoma que da identidad.

Anorexia y estructuras clínicas

Nuestro discurso nos lleva de lleno al tema de las estructuras clínicas y la reflexión sobre si la anorexia es una enfermedad o un síntoma. Recordemos brevemente algo de la estructura neurótica y la estructura psicótica, siendo ellas las principales implicadas en el cuadro de la anorexia.



No pretendemos presentar aquí un estudio de psicopatología, solamente un recordatorio para los versados en el tema y unas claves para los menos informados.

Además, consideramos que ciertas clasificaciones psiquiátricas no hacen sino

despistarnos a la hora de comprender el saber inconsciente. Desde una perspectiva dinámica y psicoanalítica, partimos de tres grandes estructuras: neurosis, psicosis y perversión. Veremos como en las diferentes estructuras existe un Otro, ese que decíamos del significante, ese que es el tesoro del código. Ese que en principio es la madre y después, lo constituyen el padre y al final, en definitiva, la cultura. Ese Otro es percibido de manera diferente y provoca una posición subjetiva y particular del sujeto frente a un conflicto.

Señalar que lo que distingue las dos principales estructuras psíquicas, neurosis y psicosis, es el tránsito por el taller edípico. Incluso la perversión también la podemos situar a partir de su

relación con el tránsito edípico. En principio, diríamos que la neurosis alude al típico conflicto. El sujeto pasa por el taller del Edipo, pero su salida es dificultosa y origina complicaciones traumáticas. En la psicosis en cambio, no se pasa por el taller, no hay función paterna y por tanto el vínculo con lo social y la realidad está deteriorado.

En cuanto a la perversión, diremos que ni no pasa ni si pasa por el taller. Reniega más bien del Nombre del Padre, de la función paterna, de la ley y puede caer fácilmente en conductas de manipulación o claramente delictivas.

Neurosis:

Laplanche la define:

“Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa...”

En el diccionario de Chemama encontramos la siguiente definición: “Modo de defensa contra la castración por fijación a un escenario edípico”.

En conferencias de introducción al psicoanálisis, Freud pone al Edipo como núcleo de toda neurosis: “la tarea del hijo consiste en desprender de su madre sus deseos libidinosos para volver a ponerlos en un objeto real ajeno, en reconciliarse con el padre si le guarda cierta hostilidad o en emanciparse de su tiranía cuando, por reacción contra su rebeldía infantil, se ha convertido en su esclavo sumiso. Estas tareas se imponen a todos y debe observarse que su cumplimiento rara vez se logra de una manera ideal. Los neuróticos fracasan parcialmente en estas tareas, permaneciendo el hijo toda su vida inclinado bajo el peso de la autoridad del padre y siendo incapaz de colocar su libido en un objeto sexual ajeno. En este sentido preciso, el Complejo de Edipo puede ser considerado como el núcleo de las neurosis”.

Es ello lo que origina el conflicto entre el consciente y el inconsciente. Actualmente, desde el psicoanálisis suele reservarse el término de neurosis para la obsesión y la histeria.

Neurosis obsesiva

En este tipo de neurosis, el conflicto psíquico se expresa por los síntomas llamados compulsivos: ideas obsesivas, compulsión a realizar actos indeseables, repetición de fantasías indeseables, manía con la limpieza, etc.

Además, se da un tipo de pensamiento caracterizado por la duda, los escrúpulos y la rumiación mental. Esto suele conducir a inhibiciones del pensamiento y la acción.

Desde un punto de vista pulsional, se puede hablar de ambivalencia afectiva (fuerte presencia de sentimientos contradictorios), fijación a la fase anal y regresión (el sujeto acaba comportándose de manera infantil).

Habría que añadir que el superyó tiene mucha significancia en la neurosis obsesiva, se trata de un superyó que persigue, una conciencia moral especialmente inquisidora. Por ahí es por donde podemos encontrar una indicación bastante clara de por donde va el lugar desde el que la neurosis obsesiva escucha. Esa presión superyoica es la que define el discurso del Otro. Un suceso traumático tenderá a ser interpretado como un castigo de ese superyó, lo cual originará conductas inhibitorias e indecisiones a la hora de actuar.

Neurosis histérica

Es una clase de neurosis que se manifiesta de muy diversas formas, aunque existen dos formas que han sido claramente identificadas. Una es la histeria de conversión, en la que el conflicto psíquico se somatiza y entonces aparecen dolores y molestias físicas. La otra es la histeria de angustia donde la angustia se puede hallar fijada, en mayor o menor medida, a un objeto exterior, en cuyo caso hablaríamos de fobia.

De lo que se trata en la fobia es de un miedo irracional y persistente a ciertos objetos, personas, animales o situaciones. En la fobia si existe un objeto claro y definido, bueno aparentemente sí pero el objeto enmascara la realidad.

En realidad, el objeto fóbico es un símbolo asociado a conflictos inconscientes. Se puede decir que, como en la angustia, el sujeto tiene miedo a sus pulsiones, las cuales sustituye por un objeto, irrisorio en la mayoría de los casos. Desde este punto de vista la fobia es más bien un mecanismo

de defensa ante la angustia que provocan los conflictos internos...es una forma de poner tierra por medio. Dicho de otra forma, es un intento de autoengaño, el sujeto no puede soportar ciertos deseos, afectos y conflictos. Trata de negar su realidad y desplaza su angustia hacia un objeto, el cual si puede ser evitado

Los objetos fóbicos pueden ser infinitos, pero entre los temas fóbicos más frecuentes están los que guardan relación con los espacios abiertos (agorafobia), con los espacios cerrados (claustrofobia), con los contactos humanos y con los animales.

Las causas de la fobia tienen que ver con las de la angustia. En el origen, son las mismas causas. Lo que determina la angustia son conflictos internos relacionados con la sexualidad y la agresividad.

En consecuencia, el equilibrio de un sujeto fóbico es precario y, ante un aumento de las tensiones ambientales o pulsionales, se puede romper y originar una depresión en el sujeto, cuando no conductas de huida y pánico.

Psicosis

Laplanche la define: El denominador común de la psicosis es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal. Destaca dentro de las psicosis a la paranoia, la esquizofrenia y la melancolía y manía.

Chemama: "Organización de la subjetividad en la que Freud ve una forma específica de pérdida de la realidad con regresión de la libido sobre el yo y con, eventualmente, la constitución de un delirio como tentativa de curación". Para Lacan el mecanismo constitutivo de la psicosis es la forclusión del Nombre del Padre. Esto es, el fracaso de la metáfora paterna.

En la clínica psiquiátrica, el concepto de psicosis es extremadamente amplio, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente de origen orgánico (como la parálisis general progresiva) como si son más consecuencia de la educación o de la interacción con el medio ambiente.

Pero desde una perspectiva psicoanalítica las cosas las podemos entender desde otro lado.

En la neurosis, hablamos de un conflicto entre el yo y el ello. En las psicosis, las cosas son distintas, más bien diríamos que se trata de un conflicto entre el yo y la realidad. Fundamentalmente es una perturbación de la relación con la realidad.

Falla la función paterna, el vínculo con lo social.

Para una mayor comprensión, articulemos algo más la neurosis y la psicosis, basándonos en el trabajo de Freud sobre la pérdida de la realidad en las dos estructuras.

En la neurosis el sujeto renuncia al primado de las pulsiones mientras que en el caso de la psicosis se observa una renuncia a un fragmento de la realidad. En la neurosis, el sujeto se sitúa en relación al principio de realidad y en la psicosis, en relación a la vida pulsional. Así pareciera que la pérdida de la realidad estaría dada de antemano en la psicosis, mientras que la realidad estaría asegurada para el neurótico. Mas esto no es exactamente así.

Paradójicamente, en la neurosis el vínculo con la realidad también está perturbado. Freud explica que hay un segundo paso en la neurosis que consiste en la reacción del ello contra la represión. Es en el fracaso de la represión donde se produce la pérdida de realidad para el neurótico, puesto que se aflojan los vínculos con ésta.

En el segundo paso de la psicosis de lo que se trata es de compensar la pérdida de realidad para lo cual se crea una realidad nueva con el apoyo de percepciones que le corresponden: las alucinaciones.

En la neurosis, el aflojar el vínculo con la realidad es debido a que se evita o se rehúye un fragmento de realidad. Ello origina la necesidad de una cierta reparación. La reconstrucción de la realidad, de esa parte de la realidad. Se consigue mediante la construcción de la fantasía. Aquí está la historia de la pensabilidad, esa fantasía tiene que ver con el deseo. También funciona la fantasía para el psicótico, pero para él ésta quiere reemplazar a la realidad exterior, mientras el neurótico se apuntala en la realidad, el psicótico se apuntala en la realidad fantaseada, en el delirio.

Como vemos, tanto en Freud como Lacan se sostiene la idea de que para el psicótico no hay construcción adecuada de la realidad por motivos estructurales. Mientras que en la neurosis el

vínculo con la realidad podría cambiar de grado, pero no se perdería del todo, también por motivos de estructura.

Pero... ¿Dónde podemos encuadrar la anorexia?

Podríamos decir que la anorexia es, en realidad, un cuadro de sintomatología psicosomática que se da en una variedad de patologías: histeria, obsesión-compulsión, borderline y psicosis. Y se acompaña de otros síntomas psicosomáticos como son la depresión atípica o las adicciones. Las manifestaciones físicas metabólico-endocrinas son el resultado de la evitación del consumo de alimentos y son de naturaleza reversible.



Podemos apuntar a que los síntomas enmascaran conflictos edípicos y pre-edípicos parecidos en todos los pacientes. En la anorexia suele existir un Yo rígido y controlador, mientras que el Yo

de los bulímicos es relativamente ineficaz en el control de los impulsos.

Los pacientes anoréxicos muestran un amplio espectro de psicopatología y anomalías yoicas. Entre los trastornos del yo están los preceptuales relativos a la distorsión de la imagen corporal. Los defectos estructurales del yo parecen relacionados con un fracaso temprano en la tarea de separación e individuación. El anoréxico intenta satisfacer su intensa necesidad de autonomía de forma mal adaptativa, por medio de un control excesivamente rígido de su cuerpo.

Estos pacientes sienten una fuerte ambivalencia sobre todo hacia la madre y rehúsan comer para lograr sensación de autonomía y suprimen el afecto con el fin de sentirse separadas.

Los psicoanalistas, partimos de un posicionamiento claro frente al tema. La anorexia no es una enfermedad en sí misma, al igual que no podemos decir que el dolor de estomago es una enfermedad. Se trata de un síntoma que puede aparecer en cualquier estructura, siendo realmente grave cuando aparece en la psicosis, ya que el pronóstico es más incierto a causa del mayor peligro de muerte.

Por otra parte, clásicamente se ha considerado a la anorexia cercana a la histeria. Esta ha sido la posición de Freud. El abordaje a partir de la histeria puede favorecer una perspectiva enriquecedora. Sabemos que el deseo siempre está ligado a una falta. De este modo, como lo señala Lacan, el niño atiborrado por la madre puede rehusar alimentarse para recrear una falta que la madre ha taponado en su intento de satisfacer solamente sus necesidades. Esta aproximación coloca a la anorexia en el extremo de la posición histérica respecto al deseo. Ya la histérica, por su manera de ligar el deseo con la insatisfacción, tiende a demostrar que el deseo no recae sobre el objeto particular al que parece dirigirse, sino que en última instancia se dirige a una falta, a una nada.

En todo caso, esta aproximación desde la histeria se queda algo incompleta. Hay que destacar especialmente que la anoréxica gasta una gran cantidad de energía intelectual y hasta física (hiperactividad, vigilias prolongadas, ejercicios deportivos, etc.), pero esa energía está puesta enteramente al servicio de un síntoma, lo propio del cual es impedir la identificación sexual (la anoréxica no es ni hombre ni mujer) y desechar toda posibilidad de relación afectiva o sexual.

A partir de esta formulación, se puede poner el acento en una especie de masoquismo erógeno primario, donde el placer estaría ligado a la sensación de hambre.

En todo caso, las anorexias actuales parecen estar puestas en ese sitio de borde que comentábamos ya desde el primer tema. Podríamos decir que los sujetos que las padecen se resisten a ser sometidos a una estructura de sujeto; son síntomas cerca de las neurosis graves o dentro de las psicosis. En el borde de ser sujeto.

En la neurosis, y concretamente en la histeria, el rechazo de la alimentación es un modo de no tragar cualquier cosa, un modo de sostener un deseo. Sin embargo, en la psicosis, existe un

rechazo radical a todo. Hay una retirada del mundo hacia un mundo propio narcisista y autoerótico.

El objetivo de la anorexia en la histeria pasa por establecer una distancia con el Otro (generalmente la madre) para impedir ser llenada o llenado. Este tipo de madres que atiborran, con comida o con lo que sea, no es igual a la madre del psicótico. Para el anoréxico hay deseo, pero el Otro insiste en obturar el deseo con la satisfacción de la necesidad.

Según Lacan, el destino del anoréxico se juega en el tiempo del destete, que es el momento en el que el biberón o el pecho no responden a la demanda, al grito. La aceptación de ese primer corte real conduce a la vida, es decir a la simbolización. Pero esta simbolización se obtura cuando la boca no puede emitir grito porque siempre está atiborrada.

Tratamiento

El Yo del paciente anoréxico está escindido, conteniendo áreas de funcionamiento pseudonormal y una capacidad variable de transferencia (necesaria para el tratamiento psicoanalítico). Puede estar indicado el psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica. En el caso de las adolescentes, es recomendable que los padres hagan una terapia conjunta.

La posibilidad de tratamiento una persona anoréxica pasa, en la mayoría de los casos, en dejarla hablar, en no meter nada en la boca. Quizás después de vomitar la comida que no quería es cuando pueda comenzar a hablar de su deseo, a ir dejando escapar lapsus que hablen de ruptura, de hacerse sujeto.

La posición psicoanalítica es la de escucha y consideración de caso por caso.

El psicoanálisis permite considerar el síntoma de la anorexia dentro de una estructura y no como un desorden que hay que eliminar como sea. Se trata de que se simbolice, de que el goce caiga más del orden reglado de las palabras, que abandone al cuerpo en su vertiente mortífera.

Como comentábamos en el primer tema, se observa una gran desorientación en la búsqueda de una política tanto por parte de las autoridades, como de los responsables de la salud. Las prácticas son contraproducentes en la mayoría de los casos.

La insistencia en el control del peso en ciertos centros terapéuticos, la insistencia en las calorías, en los controles cuasi policíacos frecuentes, no pueden originar otra cosa que el refuerzo de la identidad anoréxica. De lo que se trata es de poder poner en cuestión el sujeto que existe pueda existir detrás del síntoma. Se suele carecer de una teoría del sujeto como la que puede aportar el psicoanálisis para poder dar claridad a la falta, puesto que de ella se trata.

Una de las características de la época es la caída de los ideales y una cierta debilidad de lo simbólico, que comporta su aplastamiento sobre lo imaginario. Los ideales devienen imperativos de goce, ya que el mundo moderno está gobernado por unos ideales que no están al servicio de la orientación del deseo.

La tarea del análisis consiste en tratar el goce, el rechazo por la vía del amor, porque sólo éste puede horadar algo del goce

Frente a la amplia oferta de tratamientos punitivos o reeducativos centrados en la relación con el objeto, que sostienen el goce, la experiencia clínica nos orienta a privilegiar en la dimensión de la *Versagung*, en tanto que frustración, en el sentido de que dar lo que no se tiene puede abrir la vía de la división subjetiva y de una correlativa pérdida de goce. Señala Lacan: “(...) nosotros, analistas, sólo operamos en el registro de la *Versagung*. Y siempre es así.” El psicoanalista, con los medios propios del dispositivo, tiene la posibilidad de ponerla en juego por la vía de la transferencia, e introducir algo del orden de la falta.

Una de las dificultades en el tratamiento de estos pacientes es la instauración de la transferencia, , sobre todo teniendo en cuenta que al sujeto, lo suelen traer los padres. El sujeto, en la mayoría de los casos, chica, suele zafarse de su lugar de sujeto. Es un objeto de los padres, de la sociedad, de su prejuicio al pensar que la estás juzgando. Al mismo tiempo eso le da identidad, “es una anoréxica”. Esta ambivalencia complica la relación transferencial.

La presentación desde la identidad de ser anoréxico tiene la función de obturar el intervalo para la pregunta por el sujeto, que por supuesto no tiene ni la menor idea de quien es.

En la adolescencia, la anorexia puede ser considerada como una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria, es una pérdida del apetito relacionada con una pérdida de la libido.

En términos de goce, podemos decir que el sujeto anoréxico goza mientras el otro se angustia. Es una posición masoquista la negación del placer de la comida. Si el otro se angustia ya no puede gozarme. Repetimos es una defensa, un límite al otro, una búsqueda de identidad, pero desde un lado patológico.

La intervención del analista en este punto preciso debe ser sumamente cuidadosa, ya que el paciente puede homologar las preguntas y las interpretaciones a la invasión del Otro con la demanda oral.

El sujeto se encuentra en la alternancia entre el goce pulsional de ser el objeto oral del Otro y la posibilidad de convertirse en sujeto deseante. Esto implica la renuncia en tanto pérdida de dicho goce.

El sujeto de la anorexia juega al Fort-da, pero a diferencia del nieta de Freud, no tiene valor simbólico en tanto metáfora de ausencia del Otro. Es el retorno en lo real de un rechazo simbólico... Es eso lo que podemos ofrecer, una escucha que detecte el lapsus, el orden simbólico que cuide al sujeto.

La bulimia en la historia

Hay autores que se han dedicado a investigar casos de bulimia en la Literatura médica de los últimos siglos, construyendo la “historia de la bulimia “. Stein – 1988 – considera de que bulimia no es en sí misma un concepto nuevo, sino que simplemente ha llamada la atención recientemente debido a la actual multiplicación de casos. Para él, la bulimia existía ya en los siglos precedentes, y presenta para ello las menciones que se hacen al respecto en la literatura antigua: el siglo XIX el NEW Dictionary of Medical Science da la siguiente definición del término bulimia: “de buey y hambre. Un apetito atroz. Se observa en algunas ocasiones en la histeria y a lo largo del embarazo, pero raramente en otras circunstancias.

Janet publica en 1903, en su obra sobre las obsesiones y psicastenia, diversos casos de ejemplos de bulimia a finales del siglo XIX; describe particularmente las observaciones clínicas de tres mujeres y un hombre que presentan todas las características del síndrome bulímico.

El más documentado de estos casos es el de Nadia, hija de una familia francesa influyente. A partir de los cuatro años, Nadia manifiesta unas extrañas obsesiones, especialmente en lo que respecta



a su cuerpo. La llegada a la pubertad la horroriza, y desarrolla un amplio repertorio de rituales obsesivos destinados a impedirle crecer. En paralelo, los estudios los realiza de forma brillante, habla cuatro idiomas, llegando a ser una consumada pianista. Parecía esperarle un brillante

porvenir si a la edad de 15 años no hubiera decidido dejar de comer para detener su crecimiento. Entonces entró en un periodo anoréxico que precisó hospitalización durante seis meses. Después de este periodo empezó a presentar accesos bulímicos en los que Janet no precisa si se seguía con vómitos.

El segundo caso de bulimia presentado por Janet se refiere a una mujer de 37 años, casada, que presentaba cuando Janet la conoció, episodios bulímicos consecutivos a unos dolores gástricos. Curiosamente parece que los alimentos calmaban los dolores. A pesar de estas primeras tomas de alimentos de forma compulsiva, la mujer continuaba adelgazando, lo que hacía suponer que debía provocarse el vómito o alternara sus crisis bulímicas con periodos de anorexia.

El tercer caso de Janet es el de una joven de 22 años, casada, que padecía una agorafobia desde hacía un año y presentaba accesos bulímicos únicamente en situaciones de estrés, mientras que su comportamiento alimentario era completamente normal cuando se sentía segura, en familia. La joven reconocía de buen grado la existencia de sus accesos bulímicos cuando debía alejarse de sus padres.

Finalmente, el cuarto caso de Janet se refiere a un muchacho de 17 años que además de accesos bulímicos seguidos de vómitos, presentaba un cuadro depresivo mayor en el sentido del DSM-IV, considerado una “neurastenia” por Janet.

También en el siglo XIX, Blachez, 1869, proponía en Francia, una definición de la bulimia estableciéndolo como un síntoma aparte, y a la vez considerándolo como un problema accesorio de otra patología psiquiátrica. Insistía en los criterios de la bulimia a diferenciar de la hiperfagia, según las siguientes características: la bulimia no debía confundirse con el aumento de las necesidades alimentarias fisiológicas de la adolescencia, con una patología digestiva que pudiera explicar el hambre o con el consumo alimentario de pacientes afectados de una fiebre tifoidea. Blachez precisaba que, en las bulímicas, el alimento se convertía en una preocupación franca y obsesiva.

Antes del siglo XIX, existen muy pocas menciones de la bulimia en la literatura, Stein, 1988, cita en el Dictionnaire Médical de James – 1743- en el que se discute el término boulimus. James hace una descripción detallada de los síntomas, y propone unos diagnósticos diferenciales, unas hipótesis etiológicas y unos principios terapéuticos. En lo que se refiere a la etiología, se refiere al médico griego Galeno, quien describe un enorme apetito caracterizado por la ingesta de alimentos a intervalos muy cortos, relacionado por él con una patología digestiva. James añade con perseverancia que la verdadera bulimia se acompaña de una intensa preocupación por la comida.

En el mismo orden de ideas, Stein cita en Dictionnaire D´Edinburgh, 1807, que definía la bulimia como una afección crónica caracterizada por desvanecimientos y / o vómitos después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos.

Las referencias inglesas más antiguas sobre la bulimia se encontrarán en el diccionario médico de Quince – 1726 – y en el Physical Dictionary de BlanKaart – 1708 -. Ambos evocan, para definir la bulimia un apetito excesivo, incluso extraordinario, que relacionan con un trastorno puramente gástrico – Stein en 1988-.

En la actualidad, los criterios clínicos para el DSM-IV – Edit. Masson - son los siguientes con respecto de los trastornos alimentarios, y más específicamente la bulimia:

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más

disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo, aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento.

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a

voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no

se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida». Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen



alimentos de bajo contenido calórico («dietéticos»), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad.

Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los

individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad).

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Hallazgos de laboratorio. Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia). La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas

Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura).

Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

En las mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficits nutritivos o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros

esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos que padecen bulimia nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

Prevalencia

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

Curso

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.

Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

Criterios para el diagnóstico

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de

2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían

en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad

de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Necesidad, demanda y deseo

Para introducirnos en el corazón de la bulimia nos vamos a valer de la distinción entre necesidad, demanda y deseo.

Esta diferencia nos permite tener una herramienta teórica fundamental para entender todo lo que acontezca en la clínica. Es fundamental que el analista tenga muy claro cómo hacer un tratamiento de la demanda, porque si hace un mal tratamiento de la demanda lo que produce es un cierre con respecto al deseo inconsciente, y si hace, por el contrario, un buen tratamiento de la demanda permite que ésta nos lleve a acceder al deseo inconsciente. El error consiste en confundir la demanda con la necesidad, y no dando lugar a la emergencia del deseo del sujeto. Este error es el que Lacan adjudica a la madre de la anoréxica.

Lacan separa el campo del deseo – campo humano - del campo de la necesidad – campo animal -, y entre medias sitúa un hueco, una hiancia, un agujero, que en definitiva es el lugar de una falta. Ahora bien, lo importante es que la falta que introduce el lenguaje en el ser viviente ya no se parece en nada a la falta que funciona en el campo de la necesidad.

En el campo de la necesidad también se produce una falta. Cuando el individuo, sea de la especie que sea, siente hambre hay algo de la necesidad, tiene una falta, sólo que el individuo dispone del conocimiento adecuado para dirigir su acción hacia un objeto que es el objeto absolutamente adecuado para responder a la necesidad y para producir un cese de esa falta y un estado de plenitud o de satisfacción lograda: el objeto es el adecuado para cubrir la necesidad, y ya que es el adecuado satisface y produce un cese de lo que falta.

En el campo humano, también hay una falta que es la que hace que el sujeto dirija su deseo hacia un objeto. Ahora bien, en el campo humano el objeto nunca será el adecuado para satisfacer el deseo, porque hemos perdido el objeto de la necesidad y nos movemos en el campo de una falta que es de otro orden, que no es de un orden natural – no es, por tanto, la falta de un objeto de la necesidad -, y que no tiene un objeto adecuado que permita jamás cubrir esta falta. No hay objeto que haga cesar la falta de la que se alimenta el deseo. Se trata de una falta de carácter ontológico, una falta en ser. Y para esa falta en ser no hay objeto que pueda valer; no hay ningún objeto que nos pueda devolver esa parte del ser viviente que hemos perdido como resultado de nuestro ingreso al campo del lenguaje.

Cuando nos dirigimos a un restaurante y nos proporcionan el menú, nos preguntamos que deseamos comer. Elegimos, y podemos tener la sensación de si no hubiera sido mejor elegir otra cosa, o incluso, más paradójico aún, nos ponemos a hablar de que la misma comida la hacen mejor en otro lugar; con lo cual comemos algo en principio de nuestra apetencia, pensando que quizá si hubiéramos ido a otro lugar la misma comida nos podría satisfacer más... o que quizá otra cosa del menú hubiera estado mejor. No se trata de que el ser viviente con esta actitud sea impertinente, justamente esto nos viene a señalar que el objeto que en principio es el adecuado para satisfacer el hambre, se declara como que no lo es... totalmente.

También esta diferencia que señalamos se hace notar en el lenguaje: apostamos en una dirección para indicar nuestro pensamiento, y siempre tendremos la sensación de que es eso lo que queremos transmitir... pero no del todo... falta algo. Siempre falta algo.

El lenguaje ha producido lo que sería propiamente el efecto de castración, que es convertirnos en sujetos hablantes, pero después de habernos arrancado una parte de nuestro ser como vivientes. Es esa parte del ser la que reclama una compensación, a través del deseo, que jamás podrá ser alcanzada. Estas son las reglas del juego del deseo. Y desde aquí, se entiende que a través de la comida se pueda articular allí donde apunta el deseo, a alcanzar aquello que falta.

Así que la falta siempre subsiste, provoca el deseo, y el deseo es el motor de la vida del sujeto. Y en la clínica de la anorexia y bulimia nos podemos dar cuenta de que todo se puede reducir a la manera en que el sujeto administra la relación con la falta o se sitúa en relación a la falta.

La estructura de la demanda pone siempre en juego tres elementos: un sujeto, que pide porque le falta algo; otro, a quien se le dirige este pedido porque suponemos que lo tiene; y finalmente un objeto que es el que tratamos que el Otro nos proporcione, pero como señalamos anteriormente, se trata de un objeto inalcanzable, imposible de conseguir porque no tiene estatuto de existencia; se trata de un objeto que se articula siempre como faltante. Entonces, en la estructura de la demanda es: Sujeto – niño -, el Otro primordial – la madre, y el objeto – si nos ceñimos a nuestro tema, la bulimia, se trata de la comida -.

La articulación, por tanto, de la demanda es: el sujeto le dirige la demanda al Otro, encarnado primordialmente por la madre, estableciendo entre ambos una relación asimétrica; del lado del sujeto hay una carencia, del lado del Otro se supone que hay un plus – y tengamos en cuenta la importancia de la suposición – que es el que va a responder a esa carencia, y justamente eso es lo que se espera.

Como señalamos se trata de una carencia en ser y que lo que se dirige al Otro, más allá de lo que se le está pidiendo, por ejemplo, ¡ mamá agua ¡, lo que se le dirige en ese ¡ mamá agua ¡ es “ mamá, dame el ser que me falta “; es una demanda de ser, un llamado a recibir el complemento en ser que el sujeto perdió por su ingreso en el lenguaje.



El misterio es que este Otro, que por otra parte es la sede de la palabra, está también afectado por la misma carencia; el Otro también está inmerso en el mundo del lenguaje. Y es mejor que esté inmerso en el mundo del lenguaje, si no es como que no conviene dirigirle la

demanda a una pared, aunque hay Otros que a veces responden como si fueran una pared; al estar inmerso en el mundo del lenguaje queremos decir que está también bajo las mismas condiciones de castración que el propio sujeto, afectado por la misma carencia en ser.

Y este es el punto fundamental para seguir el hilo argumental de la bulimia. La madre a quien se le dirige la demanda del niño, no posee el objeto capaz de ocultar la falta en ser, entre otras cosas porque este objeto no es más que una quimera inalcanzable, no existe objeto alguno que remedie la demanda de ser que anima a toda demanda. Esto nos viene a decir que la madre, esa que ocupa el lugar del Otro, se desvela como sujeto demandante de su carencia en ser... ante su hijo.

Aquí tenemos que introducir al padre, y ¿ por qué no articula dicha demanda hacia al padre ?... porque no vale, no es suficiente, y se desvela como un hombre impotente – más allá de que tampoco cubriría / taponaría esta falta -, y la cosa queda articulada entonces entre la madre y el hijo. Esta situación denuncia una falla paterna, una falla en su función, que se hace notar en la dificultad de interponerse entre los dos.

La madre que ama, diferente que la madre que cuida y se pega, es alguien que tiene un objeto de deseo y, más allá, un Otro con relación al cual el niño le servirá de intermediario. Amará a ese niño con respecto a ese Otro, y por su discurso a ese Tercero, el niño se convertirá para su madre en "amado". ¡Qué guapo es! o ¡qué orgullosa estoy de ti! etc., son enunciados del amor materno porque implican un tercero: es con respecto a un tercero como un bebé a quien habla la madre se convierte en un él, es de cara a los otros que "estoy orgullosa de ti", etc.

Y este Otro tercero, puede ser ocupado por padre en su función. Sobre este fondo verbal o en el silencio que lo presupone, el "cuerpo a cuerpo" de la ternura materna puede asumir la carga imaginaria de representar el amor por excelencia. Sin embargo, sin esta "distracción" materna hacia el "Tercero", el cuerpo a cuerpo es una abyección o una devoración cuya marca a fuego conservará el futuro sujeto y contra la que tendrá como único recurso el *odio*. Todo lo que a ella respecta, pero de la que no puede aceptar que lo ame a él... porque ella no amaba a nadie.... más. La denegación edípica del padre se une aquí a la queja contra una protección materna adhesiva, y lleva al sujeto al dolor psíquico que domina la incapacidad de amar.

La estructura de la demanda está ligada a un imposible. El Otro que está marcado por la misma falta en ser que la demanda reclama suprimir, no tiene nada que dar al respecto. Así las cosas, la relación entre el sujeto y el Otro estaría condenada al más absoluto fracaso, a un desencuentro, un callejón sin salida. Si el sujeto demanda y el Otro no tiene nada que dar, o lo que tiene que dar consiste en la misma demanda de "dame" por parte del Otro materno, no se puede continuar o se repite incansablemente la misma situación.

Pensemos en la impulsividad de la ingesta, eso que hace que en un momento el sujeto se lance a la devoración, cuestión que se vuelve a producir una y otra vez en el continuo temporal. ¿ No estaría buscando ese objeto confundido con el de la necesidad, como si existiese ese objeto que al no ser encontrado, hallado o donado por el Otro, se sigue buscando ?.... y parece que cuando no es hallado, cuando no se tiene, se acude a la expulsión de lo ingerido: " no es esto lo que busco, no quiero esto, no está aquí lo mío, lo que demando..." . Y subrayemos la culpa devenida al sujeto después del acto voraz porque también tiene su lugar en este juego que acontece.

Y Lacan nos conduce al borde mismo de este impasse, pero después nos abre una vía para que esa relación pueda continuar, para que transcurra, y nos dice: “ Lo que de este modo al Otro le es dado colmar, y que es propiamente lo que no tiene, puesto que a él también le falta el ser, eso se llama el amor”. Aquí aparece un nuevo término crucial para entender la cuestión de la bulimia, que debemos añadir a la triada inicial de necesidad-demanda-deseo que es el término del amor.

El amor y la demanda

El amor cumple una función fundamental, pues es lo que permite que la relación entre el sujeto y el Otro persista. De esta manera se puede establecer el circuito de la demanda a través de amor, en un doble sentido.

Del lado del sujeto, toda demanda de amor. Del lado del Otro el amor bien entendido debería ser la prueba de su falta en ser. Sería algo así como “yo tampoco tengo hijo, eso que me pides, sin embargo, te ofrezco cualquier cosa como signo de mi amor”.

El amor es entonces, la prueba de que el Otro está afectado por la imposibilidad de alcanzar el ser, pero a partir de su falta puede, no obstante, utilizar un nuevo recurso consistente en ofrecer su propia carencia. Si nos paramos a pensar, podemos decir que solamente nos sentimos amados por aquel que nos trasmite que nosotros somos lo que le falta. De hecho, toda declaración de amor es una exaltación de la falta que experimenta el amante y que imperiosamente busca consuelo en el objeto amado. Es muy difícil sentirse amado por alguien al que no le falta nada.

La potencia del amor subvierte totalmente la lógica de las necesidades, porque los objetos que entran en juego en el amor no tienen un valor real, sino un valor claramente simbólico; no hace falta ser psicoanalista para saber que las cosas más insignificantes vienen a cobrar una enorme importancia, en tanto que funcionan como signo de amor. Una caja de cerillas de un restaurante con un “te quiero, no vale nada como objeto, en sí mismo no vale nada, pero para alguien puede ser realmente un objeto a guardar para toda la vida. Cualquier cosa por insignificante que sea vale como signo de amor, pero también es verdad que no hay ninguna cosa que no hay ninguna cosa que nos proporcione la absoluta certeza del amor del Otro. Y en este sentido el amor es siempre

insaciable. Esta es la razón por la cual la demanda no tiene fin, porque lo que se pide, en última instancia, es una prueba de amor, y otra, y otra más y así infinitamente.

Lacan en “ la dirección de la cura y los principios de su poder” -1958- produce una contradicción en tanto a como plantea el estatuto del amor.. En un caso utiliza el amor como un vehículo que nos puede conducir al deseo, pero unas líneas más abajo dice que el amor es lo que aplasta al deseo. La clave para salir de esta contradicción nos la da la relación que tiene el Otro, por ejemplo la madre, , con la falta y el tipo de amor que de esa relación se desprende.

La cosa está en que el Otro, la madre, que recibe la demanda haga un tratamiento de la misma en términos de necesidad, lo que literalmente hace estrellarse la demanda de amor contra el muro de la incompreensión del Otro, y hace que el deseo quede estancado ahí como frente a u dique. Sabemos desde Freud que el deseo es indestructible, de forma que si le cerramos el paso va a encontrar otro modo de hacerse presente; cuanto más se le cierra el paso, más difíciles van a ser los caminos por los cuales el deseo se va a presentar. Entonces se puede hacer presente en un abanico, nos dice Lacan, entre el sueño, que sería la respuesta mínima, el sueño como expresión del deseo, y la respuesta más extrema, la anorexia-bulimia.

Si el deseo encuentra un modo de satisfacerse es a través del sueño, está bien. El problema es cuando este deseo no encuentra otra manera que el de la anorexia-bulimia, que es la respuesta extrema de un sujeto que para hacer pervivir su deseo se ve llevado a demostrarle al Otro que no le puede hacer comulgar con ruedas de molino.

El síntoma de la anorexia supone la reacción de un sujeto que no está dispuesto a dejarse embrutecer por un Otro que, en términos de Lacan, se entromete y, en lugar de lo que no tiene, lo atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir, por un Otro que confunde sus cuidados con el don del amor.

En el síntoma de la bulimia, el sujeto está encerrado en un circuito donde sí acude a lo que también podemos decir la demanda materna “dame a mí”, y es entonces donde queda alienado al deseo materno, y aparece la cosa de “ser devorado” por ese deseo que igualmente confunde la necesidad con la demanda de amor.

Lacan utiliza el término “atiborrar” y es un término que en castellano podríamos leerle como “borrar la falta”, es decir, borrar la falta a través del exceso. Lo cual es absolutamente contrario al funcionamiento del deseo, que, si se alimenta de algo, se alimenta de la falta y desfallece con el exceso o con el empacho, es decir, funciona justamente al revés de la necesidad. Y en este sentido la anorexia supone un rechazo al exceso para resguardar el hueco de la falta que actúa como motor del deseo. En la bulimia se acude al exceso para que no acuda la falta, para devolverle a la madre aquello de lo que falta, de ahí que exista un mandato que es imposible de incumplir, dejar de darle o dejase devorar por ella. Esto es concomitante a que el sujeto que demande busque esa otra cosa relacionada con el don del amor. De ahí que podamos decir que en la anorexia se produce un exceso del Otro, la madre, reclamando un menos; y en la bulimia, por el contrario, reclama un más.

Vamos a relatar una viñeta clínica donde apuntamos a señalar la relación de una madre con su falta y su correlato en su hija determinado en el síntoma bulímico de un hambre que no cesa de forma voraz. Ya dejamos asentado que el síntoma es el delimitado por la ingesta impulsiva; se determina en muchas ocasiones cuando se correlacionan con sucesos acontecidos relacionados con sus relaciones afectivas exteriores, por fuera de lo familiar. Se trata de una madre que “no entiende” que los hijos – tiene un hijo e hija - deseen irse de casa; esta situación le produce un gran malestar, poco soportable. Los dichos de ella tienden siempre a la unión familiar: tanto el hijo y la hija tiene que salir juntos, hacer las mismas cosas, que a ella le parecen satisfactorios, y todos los eventos familiares quedan subyugados frente a la comida.

Si la familia se junta es para comer, cenar, cuando un hijo está mal por cualquier cuestión tiene que comer, la interpretación es que no come bien, etc... En definitiva, ella no puede vivir sin la presencia de los hijos. De aquí, podemos sostener la relación que tiene esta madre con la falta, con su propia falta. De ahí se deriva que los hijos tienen que hacer lo que ella les indica “ para que la madre se encuentre bien, y no sentirse culpables”. Y la comida para la sujeto analizante tiene dos versiones: por un lado proporcionar a la madre lo que le falta, y, su vez, ella buscar aquello que falta y que no está en lo que la madre da: el don del amor. La falta de la madre queda aplastada por su demanda y su cumplimiento.

La madre ejercita su lugar en cualquier momento en que ella cree que debe intervenir para con su hija: se va de vacaciones la hija, y ella, anticipándose, le proporciona un instrumento para la cocina, porque le falta para la casa donde se va a ubicar, y de esta forma ya no le faltará nada; incluso, se adelanta a la falta que puede emerger: La madre lo toma como parte de su función



materna, estar siempre ahí, de esta forma antes de que a su hija le falte.

Desde otro lugar, la hija toma cosas de la vida que le proporcionan identidad, más allá lo intenta además del “soy bulímica”, y la madre lo sofoca: La hija viene de un viaje y se

aficiona a un tipo de café, la madre se cambia al mismo tipo; la hija se compra un vestuario, determinado también, y la madre la sigue...lo sofoca y lo aplasta, no permite la separación y la diferencia de la hija. Si fuera así, que lo permitiese, es cuando emergería en ella la falta, que no es soportable.

Volviendo a Lacan, nos señala: “Es el niño alimentado con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo.” Es aquí donde Lacan está dando vueltas a la cuestión del amor, y lo está oprimiendo claramente al deseo. Es en este punto del texto donde parece existir una contradicción. La contradicción se resuelve si entendemos que el amor puede presentarse de dos maneras: Si el Otro ofrece su amor como signo de lo que no tiene, entonces preserva la dimensión de la falta y evoca el deseo; ahora bien, si el Otro hace de su amor un dar lo que tiene, lo confunde realmente con la necesidad.

Hay algunas madres que enfrentadas a su tarea, que desde luego hay que reconocer que siempre es difícil, suponen que el ejercicio de su función consiste en velar porque el niño esté bien alimentado, de manera equilibrada, que con eso aseguran su salud para el futuro, etc. ; llegan incluso a temer que un déficit en la alimentación pueda tener después secuelas graves. Están

absolutamente obsesionadas con que el niño coma bien; son madres obsesionadas por cubrir las necesidades vitales del niño extremando sus cuidados.

El Psicoanálisis lo que viene a demostrar es que una madre es suficientemente buena cuando no solamente es capaz de satisfacer las necesidades (obviamente esto es imprescindible), sino que además deja lugar al deseo, lo cual supone que ella misma debe saber faltar; que a veces puede satisfacer las necesidades, pero otras veces se le puede olvidar, se le debe olvidar. Además, ha de responder al amor con el signo de lo que no tiene.

El niño que dice “quiero comer”, ha recibido previamente la contrademanda materna bajo la forma de “déjate alimentar”. La demanda supone que el pacto inconsciente entre demanda y contrademanda se haya producido. Cuando no se ha dado este pacto inconsciente, cuando no se ha dado este primer paso inaugural, nos encontramos con problemas verdaderamente notables. Podemos poner como ejemplo el “caso Dick”, de M. Klein, un caso de psicosis infantil, donde se ve claramente que es un niño que no demanda nada, y por qué no demanda nada: porque no ha recibido del Otro la contrademanda inicial que estableciera un reconocimiento y una vía de relación a través de la demanda.

Pues bien, la alimentación supone esa suerte de pacto inconsciente entre la demanda del sujeto y la contrademanda del Otro. Ahora bien, y aquí radica el quid de la cuestión, la paradoja es que, para que las cosas funcionen en el campo del deseo, el circuito entre demanda y contrademanda no debe ajustarse bien, es decir, que si a todo “quiero comer” corresponde el cumplimiento, por parte del niño, de un “me dejo alimentar”, ahí lo que tenemos es como una especie de aceptación absoluta del mensaje que se ha recibido del Otro, el niño absolutamente entregado a responder a la demanda materna y, por tanto, situándose en una posición de objeto de satisfacción de la madre y no de sujeto del deseo. Ahí estaría el circuito cerrado: “todo quiero comer” del niño, que respondería a un “déjate alimentar” de la madre. Desde el punto de vista del sentido común se podría decir que la cosa va bien, nosotros diríamos que es niño está verdaderamente alineado a la demanda materna.

Padre, castración y separación

Hay un punto crucial en la vida de todo sujeto, el momento en que deberá hacer la experiencia de que el deseo de la madre no se dirige únicamente a él, que hay otras cosas que parecen interesarle a la madre y que, en definitiva, detrás de una madre lo que hay es una mujer con sus propios deseos indescifrables. Decir que detrás de la madre hay una mujer parece una obviedad, pero no lo es. Y justamente el Psicoanálisis ha tenido que enfatizar esto para tratar de contrarrestar lo que es un efecto del discurso común, que es asociar de manera indistinguible la condición de la mujer con la de la maternidad. Y decir que la madre es una mujer, no solamente es difícil de asumir para el campo de lo social, sino también en el campo de lo subjetivo.

Que el sujeto haga la experiencia de que su madre, además de madre es una mujer con deseos propios no es nada fácil; hay sujetos adultos que pueden hacer esa experiencia, pero eso es cuando llevan mucho tiempo en análisis. Es necesario pasar por ahí, pero no es fácil; es un paso verdaderamente difícil. Y lo importante es que el deseo de la madre debe de liberarse de su fijación al niño para que éste encuentre la vía de su propio deseo.

Con esto planteamos un tema que creo que es fundamental en la bulimia, que es la cuestión de la separación del sujeto del Otro. Lo que está en juego a partir de ese momento es el proceso de separación, donde el sujeto, que inicialmente está alineado al deseo de la madre, tendrá que inventar su propia respuesta, comenzando a labrarse un destino particular.

La operativa de la castración es dirigida por el padre, es su función. Consiste en hacer lo necesario, a través del lenguaje, de la metáfora, para que se produzca la distancia, la separación entre el hijo y su madre. Como indicaba Freud, la castración sobre el hijo se produce bajo la admonición de la prohibición hacia la madre: ... podrá ser cualquier otra mujer, salvo la madre - de ahí el efecto, digamos, poligámico que recae sobre el hombre -, más aún, siguiendo a Lacan, que implica un más allá, el efecto de la castración también implica a la madre misma. Se trata, entonces, de una doble castración; para con el hijo, como ya indicamos, y para con la madre bajo la siguiente admonición: "... No reintegrás a tu producto...". Esto es, no harás tuyo a tu hijo, no te apropiaras de él.

Este movimiento se justifica por la existencia de la falta. La madre intentará obturar su falta, por definición, a través del hijo. Y es por eso necesario la aparición del tercero, el padre, que está más allá de esta dupla y que espera para el ejercicio de su función. Si la madre mira a este tercero, lo ama, por ejemplo, entonces el hijo puede darse cuenta de que él no es el único, que hay otro, y que no lo es Todo para ella, la madre. Se produce un giro importante ya que el hijo está advertido de que aquél al que la madre mira es quien parece tener el secreto de aquello que falta., a la vez que se muestra a una madre faltante. De esta forma se introduce al tercero, al padre. Se produce el giro del Otro materno al Otro paterno.

La madre del sujeto bulímico se va a presentar con la falta, demandando ser obturada, y desde aquí el sujeto bulímico la falta le recae para tapanla. También está interesado en ocultarla, constituyendo a ese Otro madre como posibilitador de que pueda donar, no en el sentido mentado del amor, ese objeto que también cubriría su propia falta.

En el momento de las crisis bulímicas, el sujeto intenta recuperar, captar aquello que supone haber poseído alguna vez. – se trata del objeto perdido o el objeto a en Lacan - ; da carta de existencia a un objeto que nunca ha tenido tal estatuto. En cualquier caso, podemos indicar que los objetos perdidos que vinieron a ocupar este lugar fueron el pecho materno – la fase oral - , los excrementos – fase anal – y el pene – la fase genital -. Estos objetos ocuparon el lugar de crear la ilusión de que este, en su momento, era el objeto que podría obturar la falta en ser del sujeto. Estos objetos se pierden – pensemos en el destete – para siempre.

En su maniobra, dimensión del acto bulímico, intenta incluir al otro para re-hallar al objeto, y a su vez, objeto mediante, re-hallar al Otro. También incluye al Otro al insistir en estar vacía – fase final del acto bulímico –.

Podemos observar la circularidad donde gira el acto bulímico, alrededor de la falta y de su cancelación. De ahí la culpa de los sujetos de dejar de dar a la madre, de dejarle con ese sufrimiento, en definitiva, con su falta. Aunque los sujetos están involucrados en tanto si el Otro está castrado, luego el objeto no existe y no hay posibilidad de cancelación de la falta. Salvo la creación de un Otro del Otro.

La obesidad

Etimología de la obesidad

¿De dónde viene la obesidad? Obesidad deriva del latín obēsus, que significa "corpulento, gordo o regordete". Ēsus es el participio pasado de edere -comer-, con ob -enfrentamiento u oposición-, agregado a éste con lo que interpretaríamos obēsus como "que en su comer se añade una oposición o lucha". La referencia a obēsus aparece sólo en el latín clásico en la forma de participio pasado. Esto lleva a plantear que obēsus refiere al acto de "haber comido", sin la precisión del tiempo y sin la precisión de especificidad de la acción, es un tiempo pasivo. Con el participio pasado se expresa un estado adquirido y una acción pasada, anterior a la del verbo principal en una oración, por lo que advierte un aspecto perfectivo. De este modo, la obesidad podríamos traducirla como un estado corporal adquirido en un pasado, como una forma de mejorar la situación de la persona. El tiempo en que se desarrolla no tendría sentido, ya que la presencia del síntoma no necesariamente se corresponde al tiempo en que se desarrolla la acción adaptativa, y se desconoce el porqué de esta forma de adaptación.

Salud y Obesidad.

La obesidad es un problema de salud a nivel nacional que contribuye al desarrollo de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial -Abbasi, Brown, Lamendola, McLaughlin y Reaven, 2002-, osteoartritis y enfermedades coronarias -Abbasi, et al., 2002; Wilson, D'Agostino, Levy, Belanger, Silbershatz y Kannel, 1998-.

Wadden y Stunkard -2004- advierten que la herencia, como factor de la obesidad, sólo representa el 33% y que por tanto el 66% de la variabilidad de la misma se debe a otro tipo de factores; por lo que la literatura en torno al tema analiza el desarrollo y prevalencia de la obesidad bajo la intervención de factores genéticos, ambientales, culturales, así como de personalidad y conductuales -Ali y Lindström, 2006; Moral, 2002, National Institutes of Health, 1998; Van der Merwe, 2007-.

Actualmente se define la obesidad como un exceso de grasa corporal en el organismo. Este exceso de grasa se determina en base a diferentes tipos de estándares y por tanto de diferentes tipos de

medidas de los mismos, los cuales varían en cada época y con cada cultura, correspondiéndose más o menos con las variaciones de la definición de lo que es el tamaño del cuerpo ideal.



La obesidad no siempre ha tenido esta connotación de enfermedad tal como se le atribuye actualmente, ya que históricamente ha desempeñado también la labor de protección ante inclemencias climáticas, otras veces de protección ante la hambruna y las carencias, incluso algunas

veces como una forma de demostrar el poderío económico y social ante el grupo en donde se encontrase la persona obesa; en otras ocasiones ha representado una forma de atractivo sexual, de fertilidad, fidelidad, etc. -Montero, 2001; Odgen, 2005-.

Montero señala la existencia de una interpretación de la sociedad en donde se atribuye al obeso elegir el placer y no la salud. Además, advierte que el hecho de que actualmente no haya claridad entre los límites de la obesidad como problema estético y la obesidad como factor de riesgo conlleva una postergación en las formas de paliar este problema, lo cual se reflejará en las consecuencias del mismo, que quizá sean más graves y costosas que la obesidad en sí misma.

Además, cuando se habla de una referencia personal de “sentirse gordo” se suele observar una falta de correspondencia con la realidad, lo que implica una percepción que no es real, implicando en la referencia de lo que es ser obeso, un componente psicológico. En este sentido, Bruch -1973- advierte sobre la existencia de personas delgadas con pensamientos de un obeso.

En respuesta a las interrogantes que suscita el tema de la obesidad se han estudiado tanto sus aspectos biológicos, antropológicos como psicológicos. La psicología ha abordado a la obesidad, tratando de caracterizar a la persona obesa desde diferentes posturas.

Una de las pioneras en tema de trastornos de la conducta alimentaria desde el enfoque psicoanalítico es Hilde Bruch, quien en 1973 propone distinguir entre dos fases de la obesidad: la primera es de tipo activo o dinámico, en donde se observa un incremento de peso progresivo, y la segunda es de tipo estacionario, la cual se da después de haber alcanzado un cierto peso que permanece estable. Esta precisión sobre las fases de la obesidad sirve para determinar el grado de patología que pudiese manifestarse en el obeso. La autora propone la medida de estabilidad o inestabilidad en la curva de peso en un periodo de tiempo extenso como la medida más precisa para determinar la presencia de patología, restando poder al grado de exceso de masa corporal per se.

Von Noorden apunta a la existencia de dos tipos de obesidad, una de tipo endógeno, en la que se presenta un metabolismo patológicamente disminuido; y otra de tipo exógeno, en donde se presenta un metabolismo normal, resultando aquí la obesidad como resultado de una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida.

De acuerdo con Bruch, este tipo de diferenciaciones entre tipos y fases de obesidad nos debe conducir a observarla como la manifestación de un tipo especial de patrones adaptativos en donde no sólo intervienen factores fisiológicos, sino que se afectan por el desarrollo de la persona en sus diferentes etapas y con sus diferentes experiencias de vida.

Las teorías psicológicas en torno a la obesidad surgen desde la distinción de una obesidad de tipo exógeno, en donde no hay alteraciones biológicas que son responsables del exceso de peso corporal, por lo que se busca dar una explicación del problema desde diversos enfoques psicológicos. Stroe agrupa a las teorías psicológicas en subgrupos, teniendo por un lado al enfoque cognitivo-conductual, por otro las teorías interpersonales y de sistemas y finalmente a las teorías psicoanalíticas.

Además, Stroe advierte sobre teorías que integren el aspecto biológico, social y psicológico - Rodin, 1977; Wolman, 1982-, buscando explicar la obesidad desde la interacción de estas diferentes variables. No obstante, asumir un enfoque biopsicosocial de la obesidad conlleva la necesidad de posicionarse en torno a una teoría psicológica para abordar este tema.

La teoría psicoanalítica aplicada a la obesidad provee una red compleja de explicaciones hacia el problema. La literatura provee de evidencias empíricas que soportan un modelo psicoanalítico de la obesidad -Bruch, 1973, 2002; Chiozza, 1997; Dolto, 1994; Jones, 1953; Mushatt, 1982; Stunkard, 1976; Winnicott, 1965-. Algunas investigaciones en materia de obesidad se han centrado en el análisis de las funciones, fortaleza y desarrollo del yo de las personas obesas - McCall, 1974; Shestowsky, 1983; Stroe, 1995; Wadden, 1980- y otras han explorado el poder predictivo de estas funciones -Cramer, 1999-.

Al igual que Stunkard, Bruch advierte sobre la imposibilidad de hablar de las dinámicas de un tipo de personalidad básica para todas las personas obesas, así como tampoco se puede asumir que todas las personas obesas presentan algún tipo de desorden emocional o patología de la personalidad.

Bruch formula que para muchos obesos su obesidad puede representar una función positiva, como un mecanismo compensatorio ante una vida frustrante y estresante, en donde podríamos ubicar las funciones del yo, como mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona.

Los esfuerzos de Bruch por dividir a los pacientes obesos por grupos en función de su adaptación psicológica, la llevaron a formular la presencia de tres grupos principales. Uno, de personas competentes que son pesadas, en quienes su exceso de peso no se relaciona con un funcionamiento psicológico anormal. Los siguientes dos grupos de obesos se relacionan con problemas psicológicos; caracterizando al segundo de estos grupos por presentar “obesidad del desarrollo”, en donde su obesidad se ha presentado junto al desarrollo del individuo y aunado a ello muchos aspectos de la personalidad presentan problemas. El tercer grupo sería representado por una “obesidad reactiva”, lo que significa que ésta se ha desarrollado como reacción a un evento traumático.

En la obesidad reactiva la sobreingesta y el exceso de grasa parecerían funcionar como un tipo de defensa contra la ansiedad o una reacción depresiva. Éste sería el tipo de patrón más común en personas maduras, quienes tenderían a un mayor consumo de alimentos cuando presentan preocupaciones, tensión emocional, sintiéndose menos competentes para controlar su consumo de comida . No expresan su enojo y se vuelven más bien depresivos.

Un dato interesante que aporta Bruch en relación con los obesos es que tienen una tasa más alta de morbilidad y mortalidad por un amplio rango de enfermedades, con la excepción de la tasa de suicidio que es significativamente más baja.

Bruch reporta haber encontrado en las pacientes obesas un rechazo definitivo del embarazo así como de rol maternal maduro, muchas veces aunado al impronunciable deseo de querer seguir siendo una niña. Apunta a que en algunas mujeres obesas prevalece un sentimiento de perder una parte de sí mismas al momento de nacer, lo que genera un sentimiento de vacío que les lleva a comer. Advierte que, en el caso de las mujeres, el dilema cultural que existe entre los dos roles de maternidad y de atracción sexual representa un problema insoluble, llevando a una renuncia y huida del conflicto a través de un cuerpo no atractivo y no maternal.

La obesidad como síntoma

Desde el punto de vista psicoanalítico, la obesidad es un síntoma, el cual se forma como una reacción de compromiso ante un afecto que no es tolerado por el yo consciente de la persona. Esto nos llevaría a formular que la obesidad de tipo exógeno constituye la parte manifiesta de un problema o conflicto psíquico, el cual no pudo ser resuelto ante fallas de los mecanismos de defensa – postulación de Van der Merve- .

Estas fallas se deberán al desarrollo de un yo débil, carente de recursos adaptativos que resuelva el conflicto. Dado que la configuración de la estructura yoica se desarrolla durante los primeros años de vida de la persona, es importante analizar a la par sus relaciones con el desarrollo psicosexual.

Desde el psicoanálisis clásico, el desarrollo de la obesidad podría estar articulado con experiencias de la etapa oral del desarrollo psicosexual, en donde las actividades de amamantamiento del infante, desde su nacimiento, tienen una función que rebasa lo nutricional, ya que apuntala a la boca como una zona de placer, erógena.

De alguna forma, las sobregratificaciones y las frustraciones dadas en esta primera etapa tienen un impacto en procesos internos de la persona. Estas frustraciones o sobregratificaciones se asocian con las figuras de los padres y con la alimentación. Es por ello que se suele plantear que

los adultos con fijaciones orales pueden volcarse hacia la comida de forma compulsiva, en un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro. Esta explicación apunta a la fijación dentro de la etapa oral del desarrollo psicosexual, como el elemento de análisis de esta problemática, cuando tiene un inicio en la temprana infancia; mientras que la obesidad de inicio en la segunda infancia está asociada con problemas serios de personalidad.

Veamos otro ejemplo inverso a la sobreingesta de síntoma con una función primaria.

Chiozza propone, dentro de sus formulaciones, que “el peso puede dejar de ser un signo para convertirse en un síntoma, desplazando y ocultando al síntoma inicial, que ha motivado y sostiene el deseo de adelgazar”. Este deseo de adelgazar lo ubica como un deseo que se inicia frente al espejo, no ante la báscula, cuyo significado es desconocido para la persona que lo manifiesta.

Para Chiozza no se trata de una interpretación de la obesidad desde la oralidad, sino cómo síntoma en donde las fantasías adiposas se vinculan con la meta pulsional. De este modo, propone que el tejido adiposo tendría dos funciones, en relación con las fantasías que genera. La función del tejido adiposo de ser un depósito de grasa de reserva implicaría esta fantasía primaria, mientras que las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarían fantasías adiposas secundarias.

Chiozza señala que la reserva de energía contenida en forma de tejido adiposo sirve como preparativo para la materialización del crecimiento corporal. “Capacita para el crecimiento”. Con esto advierte que esta energía almacenada y reservada supone un tiempo de espera para poder utilizar estos recursos, los cuales se deberían de movilizar en el momento oportuno. Visto así, pareciera que la persona se prepara para un crecimiento físico continuo equivocando en su interpretación de la realidad que la preparación debe ser para un crecimiento emocional. Puntualiza Chiozza que si se piensa que el futuro es algo difícil de prever, entonces es válido considerar que ninguna reserva es excesiva. Además, propone que la reserva de energía adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, ya que conlleva la fantasía de autoabastecimiento.

Otra fantasía adiposa se relaciona con el calor corporal, ya que el tejido adiposo se encarga de dispensar calor al cuerpo en las áreas donde se distribuye. De este modo, para Chiozza un exceso de grasa corporal podría ser visto como la manifestación “de un profundo deseo de obtener afecto, cuidado y protección”, a la vez que permite leer una deprivación afectiva y de protección, en donde el obeso reclama el afecto y cuidado que siente que le faltan.

Acorde con estas postulaciones, la obesidad como trastorno somático quizá expresa un punto de fijación libidinal con un órgano que por su función en un momento ejercía su primacía.

N. Caparrós e I. Sanfeliú advierten que el obeso no sufre de un exceso de apetito, sino de un “ansia” de comer, está aquejado de una forma particular de control sobre sí mismo.

Las reflexiones de estos autores en torno al aspecto libidinal, invita a cuestionar si la libido en el caso del obeso se deposita en la grasa -depósitos de grasa acumulada = libido almacenada-, porque de ser así sería difícil querer deshacerse de esa grasa, ya que inconscientemente tendría otra significación. Sería como la forma de integrar la sociedad, de integrar al otro, de establecer su identificación.

La propuesta de Chiozza consiste en que la fijación adiposa se daría en el momento de nacer, momento en el cual se debe producir la capacidad energética autónoma como preparativa para el crecimiento de la persona. De este modo, el individuo quedaría atrapado, presa de su cuerpo, ante una realidad que no le corresponde, como una manifestación de su temor a crecer, de la falta de preparativos para diferenciarse del mundo y de la carencia de recursos para afrontarlo.

En este punto, los trabajos de Bruch la han llevado a proponer que en el caso de la anorexia ésta representa un temor a la adolescencia y no a la adultez. La pregunta que surge entonces es pensar si la obesidad podría representar también este temor a la adolescencia o bien refiere a ese temor a la vida adulta. La diferenciación entre ambos periodos de vida es importante, pero de igual forma, la adolescencia constituye una forma de prepararse para la vida adulta, por lo que quizá estos temores de enfrentar una vida diferente nos hablan de esa imposibilidad de moverse fuera de las fronteras de un cuerpo infantil, un cuerpo en donde hay marcas importantes que no quieren ser abandonadas.

En nuestra vida, la ganancia de peso es algo normal durante el desarrollo, mientras crecemos tendemos a incrementar de peso, lo que posibilita seguir creciendo. ¿En qué punto esta ganancia de peso pasa a ser algo patológico? Es aquí en donde la psicología psicoanalítica no sólo hablaría de un determinado número dado por valores entre talla y peso, sino por las relaciones que se establecen con el propio cuerpo y con la comida, en donde se expresan afectos que no encuentran otra vía para ser manifestados.



Es así que dentro de personas con el problema de obesidad resulta interesante analizar la representación simbólica que tiene la comida. Los estudios sobre los significados simbólicos profundos de la comida ubican a ésta como una

forma de dar amor, de completar una falta, de estar en comunión con la madre, asimismo como una forma de afirmación del yo, una cuestión de poder -en el sentido fálico-, una vía para manifestar negación, una forma de interacción social o una forma de identidad social y/o religiosa, entre otras - Stroe, Roth, Odgen -.

Para Freud la presencia de un síntoma delata la existencia de una laguna del recuerdo, siendo precisamente el síntoma la expresión de eso reprimido. El síntoma constituye el retorno de lo reprimido, es la forma de expresión de un conflicto psíquico de forma desfigurada e irreconocible, de modo que no angustia al yo, al menos no al punto de lograr la escisión psíquica, siendo inmune a sus ataques defensivos.

Para Freud la base del síntoma se halla en las vivencias de la infancia, las cuales tienen la fuerza para generar un conflicto. Las vivencias tempranas traumáticas, desde esta postura, serían explicadas por la teoría del desarrollo psicosexual, haciendo referencia a la configuración y estructuración psíquica de la persona. Razón de ello que el síntoma surge como una consecuencia

de defectos en los procesos adaptativos a la realidad externa, la cual deniega la satisfacción de necesidades internas eróticas.

La obesidad como un esfuerzo adaptativo.

Después de que Sigmund Freud hablara del yo como la estructura psíquica que busca la adaptación a la realidad externa de la persona, muchos otros se han interesado en estudiar las funciones del yo, desde Hartmann, hasta Anna Freud, Bellak y otros.

La psicología del yo se ha enfocado más en los esfuerzos conscientes del yo. Para este apartado queremos retomar las formulaciones de Anna Freud y de Heinz Hartmann. Las funciones del yo se desarrollan, de acuerdo con esta teoría, durante el curso de los primeros años de vida y son las encargadas de mantener la razón y el buen sentido. El yo representa esa parte de la personalidad que se hace evidente a través de conductas que procuran la adaptación al medio ambiente y los procesos internos. En el mejor de los casos, el yo es gobernado por el principio de realidad y es por tanto la instancia que da estructura a nuestras conductas.

La psicología del yo da mayor énfasis a las influencias ambientales, sociales y familiares sobre las funciones del yo. Se enfoca en las interacciones de la persona con el ambiente en el aquí y ahora, particularmente en el grado en cómo la persona maneja sus principales roles y tareas, en las fortalezas y deficiencias yoicas, el cómo su historia de desarrollo impacta hoy día las funciones del yo, así como el grado en el cual el ambiente externo influye en una adaptación exitosa - Hartmann -

En la psicología del yo, se parte del supuesto de que las personas nacen con una capacidad innata para funcionar en forma adaptativa. La persona se ve involucrada en un proceso de desarrollo biopsicosocial a lo largo de su vida, en donde el yo funciona como una fuerza activa y dinámica para manejar, adaptarse y modelar el ambiente externo.

El yo es considerado como la estructura de la personalidad que es responsable de negociar entre las necesidades internas del individuo y el mundo externo, teniendo la capacidad para funcionar de manera autónoma, pero es sólo una parte de la personalidad, por lo que debe ser entendida en relación con factores internos y externos. Para Hartmann, el proceso de adaptación realizado

por el yo es continuo, reflejándose en los intentos que éste hace para equilibrar las tensiones intra e intersistémicas en las conductas.

El yo contiene las funciones básicas necesarias para que el individuo se adapte de forma exitosa a su ambiente. Estas funciones son innatas y se desarrollan a lo largo de la maduración de la persona y en la interacción con factores biopsicosociales.

El desarrollo del yo se da de forma secuencial como resultado de factores constitucionales, el cubrir las necesidades básicas, la identificación con otros, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, el desarrollo y dominio de tareas del desarrollo, la efectiva resolución de problemas y la adaptación. El interés por el análisis de este constructo está en que se considera al yo como la unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas de la persona -Anna Freud, González-Rivera y De las Cuevas; Stroe, 2005- .

Desde esta postura, la obesidad sería vista como expresión del desarrollo defectuoso del yo -Mushatt-. El yo como unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas realiza un conjunto de funciones específicas y cuando se presenta un desarrollo defectuoso de esta instancia, las diferentes funciones realizan esfuerzos insuficientes para liberar la carga tensional generada por los deseos internos y la necesidad de adaptarse a la realidad externa, por lo cual se produce el síntoma.

En base a las observaciones empíricas reportadas en la diversa literatura y haciendo un análisis de las funciones yoicas propuestas por Bellack y Goldsmith, podríamos advertir que al menos en cuatro de ellas se tendría que poner especial interés para analizar el fenómeno de la obesidad.

La primera de estas funciones sería el sentido de realidad, del mundo y del sí mismo. Ésta logra expresar la experiencia subjetiva, por lo general preconsciente, de la integridad dinámica única, tanto mental como físicamente de uno, definida por límites establecidos de forma clara entre el yo y las demás personas, es decir, el medio físico y social. Esta función se equipara al sentimiento de autonomía de una persona. En este apartado, las autopercepciones del individuo en relación con su sobrepeso y con las interacciones sociales, han representado un área de interés para investigar.

El sentido del sí mismo como parte de las funciones yoicas podríamos articularlo con la integración de una imagen corporal. Para la formación de esta imagen corporal, se hace necesario el movimiento. Cuando el cuerpo está en reposo, no se siente con tanta intensidad como cuando se mueve. Schilder propone que, cuando comemos o bebemos, algo del mundo exterior se agrega a la imagen de nuestro cuerpo. Asimismo, conforme con las teorías psicoanalíticas de la formación de la estructuración psíquica, al igual que nuestra identidad, nuestra imagen corporal es un fenómeno social.

La segunda de estas funciones sería la encargada de la regulación y control de instintos, afectos e impulsos. De esta función dependería la habilidad para tolerar la frustración y la forma en cómo se manifiestan o expresan los impulsos. Braet reporta que las personas obesas puntúan más alto en cuestionarios de rasgos de impulsividad, además de señalar que, ante estímulos de comida, presentan una respuesta más pronta que ante estímulos neutros, muchas veces ignorando las sensaciones internas de saciedad.

La tercera de nuestras funciones refiere a las relaciones objetales, buscando en ellas observar el tipo y la extensión de las relaciones interpersonales, incluyendo el cómo se percibe a los otros como entidades diferentes y el grado en que los patrones afectivos de relaciones del pasado temprano influyen en las relaciones presentes. En este sentido, son diversos los autores que hablan de la calidad de las relaciones familiares en las personas con obesidad, en donde se suelen observar la falta de límites claros y falta de autonomía entre los miembros de la familia; otras veces se reporta el uso familiar de la comida como un modo para expresar afecto, o para reforzar o mantener conductas en el seno de la familia. Otras veces se suele advertir de la falta de apoyo familiar cuando la persona obesa trata de bajar de peso, incluso boicoteándose de forma subrepticia el tratamiento, lo cual es un indicador de las funciones de la obesidad y la sobreingesta de comida en las relaciones establecidas dentro de la familia -McKnight ; Van der Merve, -.

La cuarta de las funciones que pensamos que resulta interesante observar en personas obesas se refiere al funcionamiento defensivo, el cual muestra todas las medidas empleadas para enfrentarse a los elementos perturbadores del contenido mental, la ansiedad y el conflicto

intrapsíquico. La ansiedad volcada hacia la comida como una forma de paliarla ha sido ampliamente estudiada.

La idea de analizar estas funciones radica en considerar que un déficit yoico en estas áreas puede obstaculizar los esfuerzos de la persona para comprometerse en conductas autorreguladoras, lo cual generaría esa constante dificultad de la persona obesa para controlar su peso y/o sus hábitos de alimentación y de ejercicio.

Psicoanálisis de la obesidad.

Debemos comprender que asumir que los adultos pueden volcarse hacia la comida de forma compulsiva dadas sus fijaciones orales, equivaldría a asumir un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro. Esto lleva a cuestionarse sobre si esta necesidad de recuperar ese confort tendría que ver con una forma de narcisismo primario. Un narcisismo en donde no cabe el mundo externo y entonces no hay una adecuación de las funciones yoicas. En este punto en particular proponemos reflexionar en cuanto a la propuesta de Bellack sobre ciertas funciones del yo aterrizadas a la obesidad, ya que podrían ser indicadores de algún tipo de deterioro en relación con este problema.



Aunado a contemplar a la obesidad como un problema de adaptación y falta de regulación de las conductas dados los influjos del conflicto psíquico, el modelo psicoanalítico apunta a que la obesidad suele entrañar un significado inconsciente.

Hemos advertido que la obesidad como síntoma puede ser comprendida como la forma de resolución de un conflicto psíquico en

donde el aumento de la grasa corporal representaría la forma menos angustiante de resolverlo, o

simplemente de manifestar a un nivel consciente ese deseo reprimido, deseo que, no obstante, sigue imprimiéndose en el cuerpo y causando reacciones ante él. Entonces, ¿qué escribe el obeso en su cuerpo? No habría forma de saberlo en lo general, pero a observar por el kilaje, podemos ver que el obeso imprime un mensaje enérgico - kilocalorías = energía *almacenada*-; el cual de poderlo expresar, lo gritaría.

Por otro lado, el obeso es una persona con un hambre insaciable, que no llena. Al tratar de saciar el hambre fisiológica, pareciera que lo que quiere saciar es ese deseo insatisfecho ahora corporizado. Podríamos preguntarnos sobre la función del deseo en el obeso y cómo este articula a la obesidad como síntoma de ese malestar psíquico. Las observaciones de la conducta de comer en el obeso nos llevan a ver que éste no satisface el deseo, no con la comida, sino que lo equivoca, lo confunde, lo retaca, lo re-toca, lo ataca.

De esta forma, la obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca, que nunca da la talla, ya que es un deseo incestuoso. El castigo por desear es esa constante insatisfacción que luego trata de llenar. Sin embargo, el obeso no tiene hambre fisiológica, por ello la comida no llena la falta ni cubre el deseo, por eso no se satisface ni siente su estómago lleno. Su hambre es carnal, es sexual, es incestuosa. Su deseo no se logra reprimir, se corporiza. Con todas las cosas que se come el obeso ante la falta de expresión de sus afectos, debemos preguntarnos si será que con un gran tamaño evita ser devorado por el otro.

Lo que le falta es su aceptación. Su asumirse castrado o asumir la angustia de castración, y que en el caso de las mujeres la obesidad se podría entender desde el complejo de castración. Cualquiera de estas versiones no asumidas conllevaría el no aceptar la ley de la prohibición del incesto. Es aquí que la obesidad sería la forma de evadir dicha ley, corporizando aquello que le genera placer. Sin embargo, las apreciaciones sociales de la persona obesa, no logran más que perpetuar su calidad de la persona sufriente. Bruch señala que a las mujeres obesas se les devalúa al lugar de las mujeres promiscuas, al referirse a ambas de formas bastante semejantes, considerándolas como personas que no tienen autocontrol ni respeto, son estúpidas, depresivas, están desesperadas, son unas fracasadas.

En su correlato con el deseo, pareciera que el obeso aspira a que el deseo subsista corporizado, por eso la renuncia a dejar de comer, por eso la dificultad para bajar de peso. Si se baja de peso se pierde el deseo. He aquí que el cuerpo es el punto de partida y el punto final de la pulsión, plena dimensión del autoerotismo en juego.

El obeso, al querer ser más, quiere ser él siendo en el otro. Tiene hambre, hambre de deseo, de ser deseado -por la madre o por el padre-. Éste es su malentendido con el otro. ¿Por qué no se satisface? Será porque el deseo del otro está insatisfecho y lo descubre incompleto, porque la boca no se satisface con la comida, sino con el placer de la boca. Quizá, como señalan Heiker y Miller, lo conveniente para muchos casos de obesidad exógena sería el buscar descargar a la persona de “cierto peso” mediante la acción de la palabra.

Otro aspecto a destacar de la obesidad es esa necesidad de identificación de la que se hace objeto. El obeso no se reconoce en el espejo, se oculta tras esos cúmulos de grasa, sin embargo, cuando logra desaparecer alguna cuantiosa cantidad de grasa, muchas veces no se reconoce en ese nuevo cuerpo. De este modo, la grasa corporal puede ser vista como una barrera, no es sólo una protección, sino una máscara, un disfraz para expresar ese deseo, de ser un sujeto deseante, deseable, de esa búsqueda de ser reconocido por el otro, para reconocerse a sí mismo. No profundizaremos en lo referente a los problemas que la imagen corporal puede desencadenar ante la obesidad, ya que consideramos que este aspecto se tendría que desarrollar de una forma más amplia para aclarar nuestra postura, quizá perdiendo el objeto de nuestra exposición

Hemos de considerar además el cómo estas personas se posicionan en relación con los significados culturales de la obesidad, ya que mientras en grupos sociales con un bajo nivel socioeconómico puede ser vista como un signo de salud y bienestar, en personas con mayor nivel socioeconómico suele tener una connotación negativa, siendo vista como un mal no deseado, como una enfermedad a combatir. Esto nos pone de manifiesto que ante una persona obesa deben hacerse consideraciones sobre las causas particulares de su obesidad, desde que ésta se empieza a gestar, aunado a la exploración de factores culturales, sociales y biológicos, los cuales no pueden ser apartados de la evaluación psicológica de este problema.

La obesidad no puede ser considerada como un tipo especial de trastorno mental que deba incluirse en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10; OMS, 1992-, dado que en su desarrollo inciden diferentes factores como hemos venido advirtiendo. La presencia de factores biológicos y una estabilidad emocional en personas obesas dificultan establecer un parámetro de lo que es característico de la obesidad.

Quizá hablar de un tipo de personalidad en los obesos sea imposible -Bruch, Stunkard- dados los múltiples factores que inciden. El lenguaje del inconsciente no es claro y aunque es un mismo síntoma en distintas personas, expresa una dolencia particular en cada una de ellas, cuyo significado sólo puede abstraerse de la historia personal de cada individuo. Por lo tanto, lo adecuado es el tratamiento individual que, aunque pueda considerar componentes caracterológicos comunes -débil control de impulsos, falta de límites del yo en relación con el otro, familias con límites borrosos entre sus miembros-, siempre requiere profundizar en los aspectos idiosincrásicos de cada persona -renuncia a la adultez, temor a la sexualidad, corporización del afecto, realización del deseo incestuoso, búsqueda de confort oral, entre otros-, que el análisis posibilita observar.

Lacan

La Obesidad. Convergencia del conjunto de los llamados síntomas contemporáneos

Dentro del imperativo de goce del superyó actual, el cuerpo cobra un nuevo estatuto. Esta novedad puede trazarse en la enseñanza de J. Lacan a partir del giro teórico conceptual que imprime a su seminario sobre la angustia -1962-1963-.

Hasta entonces, resultaba hegemónica la posición de los vínculos del sujeto con los registros de lo imaginario y de lo simbólico. Desde entonces, aparece la concepción del objeto *a* como objeto que se desprende del cuerpo. En ese momento, Lacan ve al objeto *a* como un fragmento del cuerpo desde una óptica que puede presentar diferentes modalidades. Ya que el objeto *a* no puede reducirse a la nueva lógica del significante, aquí postularía que “se asimila al cuerpo como

viviente”. Como se halla del otro lado de la frontera del significante, el cuerpo gana vida gracias al objeto.

La modernidad de Lacan en este Seminario consiste en abrir el camino del goce en la experiencia del discurso analítico: esto ocurre con la inclusión corporal por la vía del objeto a . La obesidad ha sido considerada como uno de los nuevos síntomas modernos colocados, precisamente, bajo la insignia de esta nueva relación al cuerpo: en su nivel metapsicológico, de este nuevo status ha dado cuenta el giro conceptual del Seminario X al que he aludido. Es en el contexto actual, que el filósofo y sociólogo polaco Z. Bauman caracterizó como sociedad de consumidores, encontramos que éste “se caracteriza por refundar las relaciones interhumanas a imagen y semejanza de las relaciones que se establecen entre consumidores y objetos de consumo”. En su correlato sintomático, la obesidad resulta comparable en este punto a las toxicomanías y al complejo Bulimia y Anorexia, como fenómenos transclínicos. Todos ellos capturan al sujeto en el goce mortífero del cuerpo. Son síntomas llamados “nuevos”, pero sólo en la medida en que adoptan la forma de un estilo de vida contemporáneo como un modo de goce particular.

El obeso resulta así un sujeto paradigmático de una sociedad donde el consumo se ha convertido en imperativo categórico. Consumo que, por definición, no logra saciarse. En este contexto, la obesidad se convierte también en presa del discurso de la salud, que no se refiere al cuerpo solamente como organismo biológico, sino que lo convierte en campo de batalla de disputa de marketing, de discusiones éticas, y de luchas políticas. Paradójicamente, más avanza la ciencia médica, más despliegues mediáticos hacen los nutricionistas, y más enfermo y carente parece el sujeto. Este sujeto también se ha vuelto el objetivo de la industria farmacológica.

La principal diferencia entre el psicoanálisis y la medicalización de la obesidad reside en que la investigación médica no reconoce que hay un cuerpo que goza. Por ejemplo, una serie de investigaciones dirigida por la Universidad norteamericana de Harvard llegó a la conclusión de que los obesos se contagian entre ellos, porque la obesidad se da en grupos humanos en los cuales los integrantes buscan formas compartidas de identificación. Por el contrario, el psicoanálisis muestra que la obesidad tiene poco que ver con una mimesis que contamina imaginariamente. La identificación puede ser una estrategia para apaciguar la angustia.

En el Seminario VII: La ética del psicoanálisis (1959-1960), Lacan había desarrollado la noción freudiana de *Das Ding*, La cosa, donde la individualiza como ese elemento que es aislado en el origen por el sujeto, como si fuera extranjero por naturaleza.

Según esta conceptualización, en *Das Ding* se puede ubicar una de las primeras formulaciones del objeto *a*. Es por ello que Lacan, en la clase final de este Seminario, señala que el sujeto debe realizar un sacrificio y, citando a Shakespeare, en su drama “El mercader de Venecia”, debe dejar caer la “libra de carne” antes de ser saciado: el sujeto siempre tendrá delante de sí algo que no pueda atrapar, y es allí donde se ubica el goce.

Llegados a este punto, debemos preguntarnos acerca de qué es lo que deja caer la obesidad en este sacrificio de la libra de carne. O en otras palabras, qué lugar ocupa el objeto comida y qué es lo que se escamotea por detrás de este objeto.

Si hablamos de caída, debemos recordar lo que señala Lacan en su seminario sobre la angustia, apoyándose sobre el filósofo danés Kierkegaard, quien había caracterizado la angustia como el momento en el cual se abre un abismo entre Dios y el hombre. Un Dios que, al decir de Lacan, justamente tiene alma en tanto “(...) lo que esencialmente importa es que no hay concepción viviente del alma, con todo el cortejo dramático en que esta noción aparece y funciona en nuestra área cultural, sino acompañada, precisamente de la manera más esencial por esa imagen de la caída”.

Pulsión Oral y Obesidad

Ya no se trata de una angustia difusa, algo de lo real en tanto imposible problema del neurótico: en la pulsión oral no está la fusión con el Otro, porque más allá del pecho está la placenta. La placenta es ese elemento quebrado, roto, en esta concepción del pecho como objeto adosado al cuerpo de la madre, y que no forma parte de ese cuerpo.

En el Seminario XVI: De un Otro al otro (1968-69), Lacan lo llama “objeto placa”: es decir, placa, algo adosado, como si fuera una placa que no forma parte, que se pone y que se saca.

Justamente el objeto *a*, por ser rechazado de la nueva unidad que se produce en el momento en el que surge el sujeto, en el que surge el organismo viviente donde habrá un sujeto, el objeto *a* no

forma parte del yo. Tiene una estructura agujereada, dentro de la cual ese objeto a encaja, puede buscar cumplir la función de tapar ese agujero, de cubrirlo, de suplir esa falla. La organización yoica no tiene ningún agujero: es una figura entera, no hay manera de hacer entrar el objeto a en el yo.

Porque el yo, con su estructura de desconocimiento, desconoce esta falla. En este punto, Lacan ofrece en este seminario “De un Otro al otro”, una definición novedosa de la neurosis que resulta especialmente pertinente en la consideración clínica de la obesidad:

“En efecto se trata para él (es decir para el neurótico) de la imposibilidad de hacer encajar el objeto a en el plano imaginario en conjunción con la imagen narcisista”.

Es una definición que separa a la neurosis de la perversión. La siguiente observación de Lacan nos encamina ya directamente en el sendero de la clínica actual, o de los síntomas llamados ‘actuales’: “Esa ausencia de referencia fija en el sistema observado y ese uso, para la observación del movimiento subjetivo mismo, al que en todas las partes se lo elimina como fuente de error, son, al parecer, otros tantos desafíos para el método sano”. Esto puede servir como orientación para la pregunta del analista acerca de la dirección de la cura cuando el paciente que se nomina como “obeso” ingresa al dispositivo analítico y puede acercarse al umbral de la entrada en análisis.

La pulsión entre lo psíquico y lo somático

Siguiendo lo planteado por Lacan en la primera parte del Seminario X: La angustia, podríamos pensar que la devoración del obeso presenta en primera instancia una ausencia de inhibición. Pero que también puede ser pensada como un impedimento del poder parar. Si la inhibición remite a un “no sé”, el impedimento ya implica estar tomado en la trampa. Se trata entonces de una captura narcisística en tanto produce un límite muy preciso en cuanto a lo que puede investirse como objeto. El impedimento, señala Lacan, ya es del orden del síntoma. En tanto que hay una repetición, que como objeto pareciera no exigir la diferencia.

Por otra parte, el valor fálico originario del cuerpo instaurado a través de aquel primer acto psíquico sería la única condición de posibilidad de que haya objetos en tanto significantes en el mundo humano. Y si hay algo que prolifera indefinidamente son los objetos del mundo humano.

En “Psicoanálisis y medicina”, Lacan señala que “El cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión, un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo.” Para el psicoanálisis y, a diferencia de la medicina, el cuerpo es esencialmente una superficie que implica para el humano una dimensión de goce, goce que se instaura en la pérdida del objeto de la necesidad y la instauración de la demanda; por un lado esto da lugar a la producción de un discurso, la sumersión del viviente en lenguaje; por el otro, disloca al humano del instinto y lo lleva a “tener un cuerpo como *imagen*, lo deja disyunto. La pulsión se instala entendida como concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Será el cuerpo quien ponga un límite. En la imagen del obeso pareciera haber algo del no registro. Algo de lo ignorado aparece solo: “Me como todos los problemas”. Aquí es donde el psicoanálisis desde su ética permite acompañar y desanudar la puesta en jaque subjetiva.



En psicoanálisis, siempre obra una “imagen ignorada”. Involucra tomar el testimonio desde una *escucha* del caso por caso. Se trata, más bien, de la enunciación y no del enunciado; de lo que no se escucha, lo omitido, lo justificado, lo que queda por fuera de toda queja. No se trata, justamente de una terapia que intenta cuantificar,

evaluar, donde un amo dominante opera el poder y lo hace en el sentido de la homogenización. Solamente se puede cuantificar aquello que es susceptible de medida. En cambio, la escucha analítica jamás desdeña ni borra las diferencias.

La Obesidad y subjetividad

De esta manera la obesidad pareciera plantear una nueva arista de la subjetividad. Aquí, la nada aparece impunemente, sin castigo, sin límite. En el caso de la obesidad, ¿hay o no hay malestar? Desde el discurso médico, se plantea sin dudas que existe un riesgo. Podríamos pensar que aquí nos topamos con algo del orden de la satisfacción. Ese “algo” ya no se juega dentro del saber no sabido como “imagen ignorada” que sobresale. La satisfacción pertenece ahora a otro orden, no hace ruido, se ha vuelto silenciosa. Leemos en ello lo pulsional y de esta manera la libido termina siendo aquel órgano irreal pero que, aún así, nada le impide encarnarse.

Ahí donde amenazan los problemas, me los como. Es un esfuerzo, como sujeto dividido, por hacer coincidir el campo de lo pulsional, lo silencioso, lo activo y el campo del Otro, del significante, lo pasivo en tanto se trata -a su vez y al mismo tiempo- del campo narcisístico del amor. “De esta conjunción del sujeto en el campo de la pulsión -la pulsión con el sujeto tal como es evocado en el campo del Otro, de ese esfuerzo por alcanzarse el uno al otro, depende el que hay un punto de apoyo para la *ganze Sexualstrebung* -La moción sexual toda -.” El obeso pareciera hacer este esfuerzo de manera *eficaz*, y los hace coincidir como perteneciente al campo de lo pulsional y desde el campo del significante.

Bibliografía

- Alessi, N. E., Krahn, D., Brehm, D., Wittekindt, J. Prepubertal anorexia nervosa and major depressive disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 28. 1989.
- Bleichmar, H. Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Paidós, Madrid 1997.
- Blinder, B. Trastornos de la Alimentación. En: Síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica. J. B. y. W. Haubrich (comp.). Ancora, Bcn 1992.
- Blos, P. Los comienzos de la adolescencia. Amorrortu, Bs Aires 1970.
- Caparrós, N. y Sanfeliú, I. La Anorexia. Una locura del cuerpo. Biblioteca Nueva, Madrid 1997.
- Chinchilla, A. Revisión histórica de la anorexia y bulimia. En: Anorexia y Bulimia Nerviosa. A. Chinchilla (comp.). Ergón, Madrid 1994
- Freud, S. Tres ensayos de una teoría sexual. Obras Completas, vol. VII. Amorrortu, Bs Aires 1976.
- Freud, S. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Obras Completas, Vol. XIX. Amorrortu, Bs Aires 1979.
- Freud, S. La Feminidad. Obras completas, Vol. XXII. Amorrortu, Bs Aires 1976.
- Guillemot, A. Y Laxenaire, M. Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Masson, Bcn 1994.
- Lacan, J. Libro Seminario XI. Los 4 conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós, Bs Aires 1987.
- Lacan, J. La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos II. Siglo XXI, Bs Aires 1975.
- Lasègue, C. De l'anorexie hystérique. Etudes Médicales. Paris: Asselin et Cie. Editeurs.
- Marty, P. La psicósomática del adulto. Amorrortu, Bs Aires 1992.
- Ruiz Lázaro. P. Trastornos alimentarios en varones. Rev. de Psiquiatría infanto-juvenil, 1999

Cuestiones

1. Desde una elaboración de lo leído, intenta decantarte sobre qué es lo que más influye en el cuadro anoréxico, ¿el factor social o el factor madre?
2. ¿Qué es el deseo de la madre?
3. La anorexia ¿es una enfermedad o un síntoma? Fundamenta tu respuesta.
4. Su comentario personal acerca de la triada necesidad-demanda-deseo.
5. Cómo interviene el amor en la triada anterior.
6. Indica las ideas de Chiozza sobre la obesidad.
7. Cualquier otro tipo de reflexiones.