

**GMD**

Facultad Cs. Médicas  
Biblioteca



25848

# PSIQUIATRÍA: SUS APORTES A LA FORMACIÓN DEL FUTURO MÉDICO

**PROF. ELENA BERCOFF**

**DRA. EN MEDICINA (UNR)**

**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA (UNR)**

**ROSARIO 2021**

**ISSN 2796-8278**



**FCM** Facultad de Ciencias  
Médicas · UNR

# ÍNDICE

## 3 Programa del Seminario

### **Clase I. Relación médico - paciente.**

- 7 Introducción
- 9 El médico y su prestigio
- 11 El médico - el enfermo. Lo científico
- 14 Acerca de la relación singular

### **Clase II. Constitución del sujeto y del aparato psíquico.**

- 18 Introducción
- 20 Sobre el Edipo
- 27 Los destinos de la estructura

### **Clase III. Soma - cuerpo. Diferenciación conceptual.**

- 30 Introducción
- 34 ¿Cómo se conforma un cuerpo?

### **Clase IV. Proceso salud - enfermedad. Sus contingencias.**

- 38 Introducción
- 41 El saber acerca de la enfermedad

### **Clase V. El cuerpo, sede de inscripciones. Problemáticas alimentarias.**

- 53 Introducción
- 55 Pubertad
- 56 Adolescencia
- 59 Problemáticas alimentarias
- 59 Anorexia y bulimia nerviosa: generalidades
- 61 Anorexia nerviosa
- 63 Bulimia nerviosa
- 64 Lectura desde lo psíquico

## PROGRAMA DEL SEMINARIO

### PSIQUIATRÍA: SUS APORTES A LA FORMACIÓN DEL FUTURO MÉDICO

**Docente/Autora:** Prof. *Elena Bercoff*

**Dra. en Medicina**

**Especialista en Psiquiatría**

#### **Introducción**

La Psiquiatría, una de las especialidades de las Ciencias médicas, posee un importante bagaje de conocimientos para aportar al recorrido académico en la formación del futuro médico<sup>1</sup>.

Estos conocimientos no se limitan a la clínica de las patologías que le competen a su territorio, sino también abarcan lo atinente a la constitución del sujeto y del aparato psíquico.

Entendemos que sin esta base, que nos acerca al proceso salud - enfermedad -trascendiendo su linealidad fisiopatológica-, se dificulta el ejercicio de la profesión, como así también la aproximación a una lectura de otro orden sobre los padecimientos, tanto físicos como psíquicos.

1 Vale aclarar que utilizaré la figura del “médico” contemplando ambos géneros.

## Objetivos generales

- ✓ 1º) Brindar herramientas teóricas y prácticas que permitan poner en debate conceptos preestablecidos que se vinculan a una visión reducida, “causa-efecto”, del proceso salud - enfermedad.
- ✓ 2º) Establecer la distinción entre *soma* y *cuerpo* como conceptos de relevancia a la hora del tratamiento de las afecciones, tanto físicas como psíquicas.
- ✓ 3º) Delimitar lo que incumbe a la responsabilidad del médico y a la responsabilidad del paciente.
- ✓ 4º) Fundamentar, desde lo epistemológico, que el trabajo con pacientes involucra el problema de la singularidad, del caso por caso, lo cual difiere de la relación particular - universal sostenida por distintas líneas de pensamiento.
- ✓ 5º) Enfatizar que el discurso de una Ciencia tiene su propia estructura de saber y nos orienta a una determinada praxis.

## Objetivos específicos:

En relación a los *objetivos generales* antes planteados, proponemos:

- ✓ 1º) Revisar el concepto que circula desde antaño, en el que se habla del paciente como “un ser biopsicosocial”.
- ✓ 2º) Trabajar la función simbólica del lenguaje. Tratamiento de la función performativa de la palabra.
- ✓ 3º) Revisión acerca del cuerpo, sus marcas e inscripciones.
- ✓ 4º) Poner el acento en dos ejes cruciales que atraviesan e interpelan al sujeto: *La sexualidad y la muerte*.

## Temario:

- I. Relación médico – paciente.
- II. Constitución del sujeto y del aparato psíquico.
- III. Soma - cuerpo. Diferenciación conceptual.
- IV. Proceso salud - enfermedad. Sus contingencias.
- V. El cuerpo, sede de inscripciones. Se trabajará: pubertad; adolescencia; problemáticas alimentarias.

## Bibliografía

- Bercoff, Elena, (2018). *Fantasmas del cuerpo y marcas clínicas*. Tesis Doctoral en Medicina (inédito).
- Canguilhem, Georges, (2005). *Lo normal y lo patológico (s/t)*, edit. Siglo XXI.
- Clavreul, Jean, (1983). *El orden médico* (trad. Marta Vasallo), edit. Argot.
- Foucault, Michel, (2002). *La arqueología del saber* (trad. Aurelio Garzón del Camino), edit. Siglo XXI.
- Foucault, Michel, (2008). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (trad. Francisca Perujo), edit. Siglo XXI.
- Freud, Sigmund, (1973a). “Introducción al narcisismo”, en *Obras completas*, Tomo II, 3era edición (trad. Luis Lopez-Ballesteros y De Torres), edit. Biblioteca Nueva.
- Freud, Sigmund, (1973b). “El malestar en la cultura”, “Carta 71 a Fliess” y “Más allá del principio del placer”, en *Obras completas*, Tomo III, 3era edición (trad. Luis Lopez-Ballesteros y De Torres), edit. Biblioteca Nueva.
- Israel, Lucien, (1976). *El médico frente al enfermo* (trad. Jordi Marfà), editorial Los libros de la frontera

- Le Breton, David, (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad* (trad. Paula Mahler), edit. Nueva Visión.
- Mannoni, Maud, (1976). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, edit. Siglo XXI.

## CLASE I. RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

### Introducción

Al concluir la carrera de Medicina, para ocupar el lugar que nos otorga el título habilitante y atender el sufrimiento humano, es fundamental considerar que no alcanza con los conocimientos teóricos adquiridos durante el cursado. Estos se irán solidificando, en el ejercicio de la profesión, con la práctica cotidiana. El acento reside en la responsabilidad, como pilar, que sostendrá dicha práctica.

Solo desde una posición responsable podremos ubicarnos en la relevancia de este vínculo: la del médico con el paciente y la del paciente con el médico. Hay que resaltar, además, la responsabilidad que el paciente tiene consigo mismo en el proceso salud - enfermedad.

Es pertinente, entonces, que se establezca una relación, un vínculo. No es un mero trámite de 10 minutos, más allá que ese tiempo puede resultar fructífero si prevalece un movimiento dialéctico de base.

Para ello, es primordial partir de la noción de que ambos, médico y paciente, son sujetos, producto de una historia singular que los atraviesa y, a su vez, los determina. Una historia ligada al lenguaje y, por ende, a la cultura.

Interroguémonos, entonces, sobre qué entendemos por cultura. Si bien es un concepto amplio -y que puede ser abordado desde diferentes concepciones-, para su tratamiento nos nutriremos de la Teoría Psicoanalítica. Por lo tanto, resulta oportuno consultar a Sigmund Freud en su artículo “El malestar en la cultura” (escrito entre 1929 - 1930), donde plantea:

“(…) el término ‘cultura’ designa la suma de las producciones e instituciones que distancian nuestra vida de la de nuestros antecesores animales y que sirven a dos fines: proteger al hombre contra la naturaleza y regular las relaciones de los hombres entre sí”<sup>1</sup>.

Una de las instancias que permitirá al hombre acceder a la cultura, es la posibilidad de avenirse a un “orden jurídico”. Es decir, la justicia impartida mediante la Ley, con su función normativa, nos organiza en lo individual y en lo colectivo. Imparte derechos y restricciones que propicia a la evolución de la cultura y del sujeto.

Situamos el *Complejo de Edipo* como primera Ley normativa del sujeto. Sostenemos que, en virtud de cómo el sujeto se las arregle para transitarlo, ello le deparará los avatares del tránsito por la cultura con los costos que implica.

Pensar acerca de la *relación médico - paciente* y el *proceso salud - enfermedad*, conlleva incorporar en la formación del médico, entre otras, estas conceptualizaciones.

Las afecciones tanto físicas como psíquicas, deben interpelarnos, justamente allí donde las ciencias positivas no alcanzan para dar respuesta a la complejidad del síntoma.

Finalizamos este punto recordando con Freud que las tres fuentes del humano sufrimiento son: “(…) la supremacía de la Naturaleza, la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad”<sup>2</sup>.

¿Contará el sujeto con herramientas de orden simbólico para afrontar las fuentes de sufrimiento que se le presentan en el vivir cotidiano?

1 Freud, S. (1973b). “El Malestar en la cultura”. En: *Obras Completas*. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva., p. 3033.

2 Freud, S. *op. cit.*, p. 3031.

## El médico y su prestigio

Tema álgido, si lo hay, es el referido a los cambios que fue experimentando la persona y el rol del médico a través de las épocas. Su prestigio ya no es el de otros tiempos. Fueron sucediéndose crisis que llevaron, en algunos sectores, a la devaluación de la figura del médico y lo despojaron del atributo de ubicarse como un referente con encumbrado prestigio. Siempre que acontecen crisis, es importante preguntarse la causa de las mismas.

Si nos remitimos a los orígenes de la humanidad, cuando la concepción de las enfermedades se asociaba a ideas de tinte mágico, el abordaje de ellas se implementaba del mismo modo. Es decir, en tiempos primitivos, imperaba el pensamiento mágico con el poder que argumentaba para dar respuestas al sufrimiento.

Pero con la evolución de la humanidad, la lectura e interpretación del sufrimiento fueron tomando distintos cauces. De todas maneras, el poder se siguió sosteniendo en los representantes encumbrados de cada época, de cada momento histórico.

Por lo tanto, el poder y la sabiduría de los brujos y hechiceros de las tribus, como así también el poder que ejercía la religión en este sentido, fueron paulatinamente heredados por el médico.

Lo interesante a discernir aquí es: ¿En qué se sostenían ese poder y sabiduría heredados? En los inicios de la herencia, no caben dudas del rol fundamental, a través de su palabra y sus consejos, que cumplía la investidura de ese personaje con saber y capacidad en el núcleo familiar y social.

El médico, el sacerdote y el gobernante estaban en un mismo nivel a la vista de las masas. En la actualidad, el médico forma parte de la masa. El vertiginoso avance tecnológico y científico lo fue desplazando de su lugar.

El médico, en cierto sentido, se plegó a ello pasando así a ser excluido y devaluado por un saber “científico”, convirtiéndose en operador, de alguna manera, en un escenario donde priman los mecanismos tecnológicos.

Además, no hay que descuidar que el médico no solo se devalúa por la tecnociencia. Tenemos que tener presente que esa devaluación surge también desde el interior de las organizaciones médicas, donde los grandes empresariados médicos utilizan como mano de obra barata a sus propios colegas, con el agravante que, sobre los médicos en formación, recae una gran responsabilidad para la cual no se encuentran aún preparados.

Estas situaciones ponen en riesgo la salud de los pacientes; también la propia salud del médico se ve afectada, generando grandes obstáculos en su desempeño.

## El médico - el enfermo. Lo científico

Lo reflexionado hasta el momento merece un minucioso análisis desde una óptica que exceda el fenómeno. En primer lugar, cabe la pregunta acerca de cuál es la necesidad de pensar en ciertos ejes, cuando la propuesta inicial versaba sobre la relación médico - paciente. De alguna manera ya lo planteamos en el inicio. Médico y paciente son sujetos producto de una historia que los atraviesa y los condiciona. Al mismo tiempo están inmersos en una cultura.

Médico y paciente son artífices de la sociedad de la que forman parte. Con esto queremos resaltar que no somos productos de la sociedad. Por el contrario, en interacción, la constituimos y la diagramamos en virtud de nuestra propia constitución como sujetos histórico - culturales.

Por ello, el proceso salud - enfermedad y la relación médico - paciente merecen ser leídos con otros constructos teóricos que trasciendan la superficie del fenómeno. Si nos circunscribimos al fenómeno, y a poner el énfasis por fuera del sujeto, estaremos transfiriendo y depositando la responsabilidad del asunto que nos compete en artilugios que empobrecen y nublan la visión.

Lo científico ganará terreno primando por sobre el sujeto: ¿Permite al médico caer en la cuenta que un determinado padecimiento, en numerosas circunstancias, viene a acomodar a un paciente en un lugar absolutamente desconocido para él?

Ante el interrogante *¿el paciente sufre?*, más allá que la enfermedad “logra acomodar”, respondemos que “sí”. Pero puede tratarse de un sufrimiento que le evita al sujeto una erogación mucho mayor y un sufrimiento de un orden diferente, ya que pone en riesgo su economía psíquica. El síntoma, en algunas ocasiones, es un desvío que protege de modo inconsciente al paciente.

Con esta perspectiva, los conocimientos del médico deberán servirse de otras disciplinas que le aporten sobre aquellas sutilezas que hacen a la enfermedad y la perpetúan.

El médico debe estar advertido que acorde a su posición frente a la ciencia, puede -a través de sus manos y en nombre de la Ciencia- prometer respuestas a la demandas del paciente. Lo que no sabe el médico es de qué se trata esa demanda y qué se esconde en la misma. Por lo tanto, no sabe cómo y hasta dónde hay que responder.

La Ciencia desconoce el beneficio secundario que puede otorgar una enfermedad y, desde ese desconocimiento, el médico suele ayudar a consolidarlo. La Ciencia también desconoce la distinción entre *soma* y *cuero*. Nos hallamos ante constructos teóricos absolutamente diferentes. La Ciencia, por intermedio del médico, atiende al *soma*.

Si orientamos la práctica, nutridos por estas reflexiones, le daremos a la misma una dimensión ética. Estaremos atendiendo aquellos aspectos vinculados al orden complejo del deseo humano. Deseo escurridizo y que no siempre se corresponde a la supuesta necesidad de curación que demanda el paciente.

La experiencia da cuenta de lo señalado por numerosos autores, entre ellos, Lucien Israël cuando dice en su texto *El médico frente al enfermo*: “Doctor, ¡cúreme! [...] pero no muy rápido”<sup>3</sup>.

Concluimos señalando que es necesario distinguir que cada práctica, cada disciplina, constituye diferentes estructuras en el saber y, por ende, los criterios metodológicos de abordaje difieren y se modifican en relación al objeto y al tratamiento que se le da al mismo.

El discurso de una ciencia no se articula con el discurso de otra, sino que lo hace en una *praxis*. El discurso de una Ciencia determina la posición del objeto desde el momento que lo constituye como tal. Es decir, una práctica

3 Israël, L. “La imagen del médico”. En: *El médico frente al enfermo*. Barcelona: Los libros de la Frontera, p. 199.

nos orienta en relación al objeto que da origen y sobre el cual interviene.

Lo interesante a tener en cuenta es lo fructífero de los efectos que devienen a partir de cruces o incidencias recíprocas entre discursos.

Consecuentes con este pensamiento, proponemos revisar el concepto que circula desde antaño, en el que se habla del paciente como “un ser biopsicosocial”, y que resuena como un bloque en donde las ciencias confluyen.

## Acerca de la relación singular

Para estudiar la relación singular médico - paciente, resulta interesante nombrarla como un “vínculo” y, ante todo, reflexionar si en cada encuentro de un médico con un paciente el vínculo se produce. De ser así, si éste se establece, habrá que dilucidar las particularidades que el mismo conlleva.

Antes de avanzar, veamos el significado de la palabra “vínculo”. Etimológicamente proviene del latín *vinculum*. En una de sus acepciones, en sentido figurado, se trata de un nombre masculino, que significa unión, lazo, atadura, sujeción entre dos personas, animales o cosas. Otra acepción, utilizada en Derecho se refiere a la sujeción de los bienes, con prohibición de enajenarlos, a que se sucedan en ellos los parientes por el orden que señala el fundador.

Se usa también cuando se habla del conjunto de bienes adscritos a una vinculación. Finalmente, en Informática, el vínculo es un enlace, una secuencia de caracteres.

En las diferentes acepciones, vemos algo en común: “Sujeción, enlace”. Desde esta perspectiva, nos planteamos cuán alentador resultará propiciar que algo con estas características ocurra entre el médico y el paciente.

Si nos remitimos a lo señalado en los puntos previos, dicha situación queda saldada con la propuesta de que ambos personajes son producto de una historia singular que los atraviesa y, al mismo tiempo, los determina.

Quiero significar con ello que en toda historia hay sujeción, hay enlace al lenguaje mediatizado por el discurso. Esto hace a lo singular que nos diferencia de las otras especies. Con esta lectura, decimos que los riesgos se corren cuando un paciente quedó por fuera de un discurso fundante, que lo vincule, que lo ligue en los inicios, a los lazos parentales, para luego poder garantizarle el acceso a la cultura.

Si el médico, no solo por los conocimientos que le brinda un plan de estudio, sino por su propia estructura, incorpora estos constructos, su desempeño se verá enriquecido.

Además, el médico podrá resguardarse como sujeto y resguardar a los pacientes de la dureza de una práctica que tienda a dejar por fuera del discurso.

Al llevar adelante una práctica que contemple el discurso, se pondrá en juego lo que se llama “transferencia”. Entendemos por transferencia cuestiones del orden de lo inconsciente que se transfieren a la figura del médico y que están arraigadas en reminiscencias históricas del paciente.

En una consulta médica, que puede llevar o no al establecimiento de un vínculo entre las figuras (médico y paciente), entran a tallar, imbricadas mediante la transferencia, conceptualizaciones de jerarquía. Ellas son: el saber, el poder, la palabra y la subjetividad.

Viene bien recordar aquí una frase de Maud Mannoni:

“Con mayor frecuencia de lo que suele admitirse, ocurre que es el que cura, el médico, quien bloquea inconscientemente el movimiento dialéctico que se insinúa en el paciente, el modo en que las cosas se fijan en el enfermo debería llevarnos a poner el signo de interrogación en el médico”<sup>4</sup>.

Nos preguntamos: si la formación del médico está centrada en favorecer con su saber el bienestar de un paciente, ¿de qué modo puede, en algunos casos, obstaculizarlo? Poder desarrollar esta pregunta implica ubicar la relevancia de los conceptos anteriormente señalados.

La subjetividad, inherente al hombre como sujeto, se moviliza tanto en el médico como en el paciente. En el paciente suelen aflorar los fantasmas o pensamientos mágicos en relación a las enfermedades. Si el médico

4 Mannoni, M. “La segregación psiquiátrica”. En: *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. 7a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentino editores, p. 22.

está advertido, podrá actuar oportunamente en el intento de disipar malos entendidos o aclarar supuestos que rondan en el imaginario del paciente.

Pues bien, si el médico solo sostiene su práctica en clasificaciones nosológicas que surgen del agrupamiento de signos y síntomas, se le perderá de vista, en numerosas oportunidades, las articulaciones imperceptibles que hacen al surgimiento de una enfermedad y, en muchos casos, las vuelven resistentes a los tratamientos preestablecidos.

En el sufrimiento que lleva a un paciente a consultar, subyace una trama compleja y que no es contemplada por las “ciencias positivas”. Por lo tanto, es primordial entender el peso que tiene el acto médico, en tanto que el mismo puede dar diferentes cauces al futuro de un paciente -ya sea con sus palabras o al indicar un determinado tratamiento-. En virtud de ello, el médico tiene que permitirse recapacitar sobre los alcances y los límites de su práctica.

Tanto un médico devaluado en su función por los alcances tecno-científicos, o un médico resguardado en una posición de omnipotente saber y poder, suelen resultar peligrosos tornando iatrogénicas sus prácticas.

La conjunción de saber y poder acarrea costos muy altos en el paciente como en el médico. Sabemos de la alta incidencia de patologías orgánicas y psíquicas en los profesionales de la salud. El profesional se resguarda y se sostiene, sin saberlo, en la supuesta tranquilidad que brinda el pragmatismo de las ciencias positivas. Es la manera con la que intenta poner entre paréntesis su propia subjetividad donde se agitan sus fantasmas en cuanto a temas tan cruciales como lo son la enfermedad, la muerte y la sexualidad.

Temáticas siempre vigentes en cualquier especialidad que se elija. Temáticas que interpelan de continuo, generando inquietud y malestar ya que no hay respuestas ni recetas preestablecidas para estos avatares del vivir cotidiano.

Concluimos esta interesante problemática proponiendo que, además de las respuestas pragmáticas, absolutamente necesarias en la relación

médico - paciente, el médico pueda contemplar en su formación los diferentes carriles por los que circula el sufrimiento humano. Dar lugar a la subjetividad en el campo médico, en lugar de considerarla un obstáculo, generará alivio y enriquecerá a ambos protagonistas de este encuentro singular.

## CLASE II. CONSTITUCIÓN DEL SUJETO Y DEL APARATO PSÍQUICO

### Introducción

*El sujeto no es el individuo, dado que el ser hablante está sujeto a la trama discursiva que lo preexiste y, por ende, no es asible en su Yo ni en la conciencia, porque tanto el Yo como la conciencia no son autónomos.*

El desarrollo acerca de qué entendemos cuando hablamos de *sujeto* y aproximarnos a su constitución, como así también dar lugar al abordaje del aparato psíquico, nos compromete a los médicos a servirnos de otras disciplinas. Por ello, vamos a recurrir fundamentalmente a las herramientas teóricas que aporta el Psicoanálisis.

El Psicoanálisis no es solo un método terapéutico, es además un método de investigación con sus propios objetos de estudio.

Sigmund Freud, a quien se lo llama “El padre del Psicoanálisis”, fue distinguido, en 1930, con el premio *Goethe*, por *la nueva forma de investigación* que el maestro proponía, de gran valor científico y con aportes revolucionarios para la época.

Si bien en el ámbito de los filósofos, desde su concepción, la temática del *inconsciente* ya venía siendo abordada, lo revolucionario de Freud fue descubrir que lo inconsciente tiene un lenguaje y leyes que le son propias. Solo de modo indirecto, lo inconsciente, tendrá acceso a la conciencia.

Los descubrimientos freudianos van a producir, así, una alteración en el saber que implica aspectos relevantes a ser tenidos en cuenta: introduce elementos que hasta entonces no eran considerados epistemológicamente, como los sueños, los actos fallidos y el tiempo del síntoma.

Además, el método va a ser performativo. Es decir, el método deja de ser exterior al objeto, el método constituye el objeto sobre el que interviene. Aquí radica, en parte, lo subversivo y contrastante de la propuesta del Psicoanálisis con lo estatuido científicamente. Propuesta, de una magnitud tal, que pone al Psicoanálisis a la altura de la revolución copernicana.

Parafraseamos a Freud<sup>1</sup>, para destacar la jerarquía del inconsciente, diciendo que, el *Yo* ni siquiera es dueño y señor en su propia casa, sino que se encuentra reducido a contentarse con escasas y fragmentarias informaciones sobre lo que sucede fuera de su conciencia, en su vida psíquica.

1 “Pero todavía espera a la megalomanía humana una tercera y más grave mortificación cuando la investigación psicológica moderna consiga totalmente su propósito de demostrar al yo que ni siquiera es dueño y señor en su propia casa, sino que se halla reducido a contentarse con escasas y fragmentarias informaciones sobre lo que sucede fuera de su conciencia en su vida psíquica.” Freud, S. (1973b). “Lección XVIII: La fijación al trauma”. En: *Lecciones Introductorias al psicoanálisis. Obras Completas*. Tomo III, *op. cit.*, pp. 2300-2301.

## Sobre el Edipo

*“Se me ha ocurrido sólo una idea de valor general. También en mí comprobé el amor por la madre y los celos contra el padre, al punto que los considero ahora como un fenómeno general de la temprana infancia (...)”.*

Sigmund Freud<sup>2</sup>

El germen fundante de la obra de Freud, obra que aún permanece vigente, se gestó a partir de la escucha del discurso de sus pacientes, de su autoanálisis, pero además del gran bagaje de conocimientos de otras áreas del saber con las que contaba y a las cuales recurría para dar cuenta de sus investigaciones.

Se sirvió de la *mitología* a la hora de teorizar acerca de un complejo que se considera fundante del sujeto y de la estructura psíquica. Nos referimos al *Complejo de Edipo*, que para su desarrollo Freud tomó el *Mito de Edipo* de la tragedia griega de Sófocles.

Si bien Freud no le dedicó un lugar específico en su obra para describirlo, en distintos textos de la misma encontramos referencias sobre el tema.

Veamos, entonces, en qué consiste este importante *Complejo*. En primer lugar, hay que pensarlo como una trama de relaciones de orden inconsciente, que podrá acceder a la conciencia solo de manera indirecta.

Estamos en pleno terreno de la subjetividad como también en el terreno de la posibilidad deseante del humano. De los avatares del atravesamiento de dicho *Complejo*, dependerá la posición del futuro sujeto en cuanto a su deseo y a la elección de objeto sexual. De este atravesamiento, dependerá la posición del sujeto respecto a la Ley.

2 Freud, S. (1973b). “Carta 71 a Fliess”. En: *Los orígenes del psicoanálisis. Obras Completas*. Tomo III. *op. cit.*, p. 3584.

Para situarnos, de inicio, debemos considerar que, para la constitución de un sujeto es primordial que operen en él elementos a los que denominaremos “funciones”. ¿Por qué funciones? Porque estos elementos trascienden lo real de los personajes. Es decir, puede tratarse de la madre y el padre biológico o de quienes cumplan con dichas funciones.

Desde esta perspectiva, en el *Complejo de Edipo*, la trama de relaciones en el futuro sujeto se da con la función materna, la función paterna y un tercer elemento que se denomina *falo*. El *falo* tiene su propia función, que podemos llamarla: función articuladora y normativa de la trama edípica. El *falo*, en su naturaleza simbólica, en tanto circula, tendrá valor de intercambio simbólico.

Hablar de *falo* no es referirse al pene. Citando a Oscar Masotta:

“El Falo no es el pene, es la premisa universal del pene; a saber, la creencia del sujeto infantil de que existe un solo sexo y su testaruda negativa (por donde el falo se constituye en posición inconsciente) de reconocer la diferencia”<sup>3</sup>.

Antes de continuar, resulta fructífero acudir al texto de Lucien Israel, *El médico frente al enfermo*. En el Capítulo “Primeras relaciones”, el autor hace planteos interesantes que merecen ser tenidos en cuenta. Nos dice Israel que el niño<sup>4</sup> nace prematuro y, en ese sentido, el ser humano -en relación a otras especies vivientes- se encuentra en desventaja ya que necesita ser asistido por un otro para todas sus necesidades y que, sin la asistencia de ese otro, no podría sobrevivir.

También se hace una pregunta digna de reproducir textualmente: “¿Empieza la vida humana en el momento del nacimiento, de la

3 Masotta O. “Edipo, castración, perversión (Tres lecciones)”. Clases dictadas en la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. En: *Cuadernos Sigmund Freud*. (Vol. 4) p. 94.

4 Vale aclarar que nos referiremos a la figura del niño contemplando ambos géneros.

fecundación o en un momento determinado de la embriogénesis?”<sup>5</sup>

Al respecto, acota: “(...) antes de estar ahí el recién nacido había existido en la preocupación, las esperanzas y las palabras de su futuro entorno”<sup>6</sup>.

Compartiendo dichas conceptualizaciones, señalamos que ese entorno está conformado por una historia que atraviesa generaciones para alojar a ese niño en un discurso familiar. Cuando decimos historia, no es en el sentido de una sucesión de hechos reales, si bien los contempla. Se trata de una historia hecha de lenguaje, con los significantes que porta y constituyen al sujeto.

Así, tanto desde lo biológico como desde lo simbólico, el bebé al nacer está en situación de alienación con respecto a un otro.

Ese primer objeto de amor, ese otro indispensable para el niño o niña al nacer, es la madre o quien cumple con dicha función. De allí la relevancia de esta función y de este primer tiempo para la constitución del sujeto.

*Tiempo del Narcisismo.* Madre - hijo<sup>7</sup> en esa reciprocidad necesaria y fundante. Hablamos de reciprocidad en cuanto a que no es solo el hijo quien está en posición de colmamiento inicial por parte de la madre, la madre mediante ese hijo se ve compensada en su fantasía infantil de la premisa universal del pene. El hijo es el *falo* que la completa. Con ello tenemos la primera equivalencia simbólica. Luego de esta equivalencia se sucederán las siguientes equivalencias descriptas por Freud.

Equivalencias simbólicas: pene = niño = excremento = dinero = regalo.

La primera etapa, tiempo del narcisismo, a la que podemos darle el estatuto fundacional de la estructura psíquica, no será independiente de las etapas posteriores, también decisivas para la estructuración del psiquismo.

Es importante destacar que, el haber nacido con un aparato genital

5 Israel L. “Primeras relaciones”. En: *El médico frente al enfermo, op. cit.*, p. 27.

6 Israel, L. “Primeras relaciones”. *Ibid*, pp. 27 – 28.

7 Vale aclarar que el concepto “hijo” contempla ambos géneros.

femenino o masculino no nos dice nada respecto a la posición sexual y a la elección de objeto.

Para que el tiempo del narcisismo sea conmovido, el *falo* en su función de intercambio simbólico entrará a tallar.

Previamente, hicimos referencia a una historia generacional, por ende, los avatares del atravesamiento de las respectivas etapas del *Complejo de Edipo* por parte del hijo no será independiente de los avatares del atravesamiento del Edipo de sus propios padres. En consecuencia, no todos los hijos, desde lo simbólico, vendrán a representar lo mismo para los padres.

También hay situaciones de lo real que pueden entrar en juego en el destino de un hijo. Suelen darse hechos reales traumáticos en una familia que tocan e impactan en núcleos traumáticos inconscientes no resueltos. Pero además, hay reales que trascienden y exceden lo histórico.

Dicho esto, retomemos los tiempos necesarios que deberán advenir en el futuro sujeto, en tanto el falo pueda ser donado para su intercambio y circulación.

Transcurrido cierto periodo del imprescindible idilio narcisista, donde es la madre quien decodifica y da sentido al llanto del hijo, es decisivo que en la madre habite la falta constitutiva para que su deseo no se vea satisfecho exclusivamente por ese hijo. Solo así el hijo podrá ser habitado por esa falta constitutiva que lo llevará a buscar sustitutos del primer objeto de amor.

Distinguimos el concepto “deseo” del concepto de “necesidad”. La materia del deseo nada tiene que ver con la de la necesidad. El deseo no es reductible a una significación absoluta, su estructura es metonímica (deslizante) y se sostiene en la nostalgia del objeto perdido.

Es, en este orden simbólico, que el deseo se sostendrá en una constante sustitución. Resaltamos, entonces, que una madre habitada por la falta, orientará su mirada a otros destinos más allá de su niño, promoviendo en

él la posibilidad de ampliar su campo de percepción y deseo. Aparece el padre en el escenario edípico.

Así, el niño podrá descubrir un cuerpo que no es el materno. Va descubriendo los contornos de su propio cuerpo, va descubriendo su propia imagen. Ya se habrán incorporado en él otras voces, otras miradas que exceden la materna.

Alrededor del sexto mes de vida se produce, en el niño, el denominado *estadio del espejo*. Estadio que permite al sujeto infantil tomar contacto cabal de su propio cuerpo como un otro diferente. Es decir, se distingue y se diferencia. Es una experiencia de júbilo que lo embarga aún antes de poder sostenerse en la posición de pie, dado que su desarrollo neurológico no se lo permite todavía.

En este tránsito del Edipo, marcamos pues, tres registros: Simbólico, Imaginario y Real.

Cuando el niño balbucea las primeras palabras, a partir de ellas se ubica con respecto a los otros. En el acto de la negativa, al expresar el “No”, se diferencia. En el juego ausencia - presencia, lo que se conoce como *Fort-Da* (al año y medio de vida), el niño se localiza. El llamado que es inherente al acto de la palabra sienta un precedente en relación a un otro.

Freud, en el texto “Más allá del principio del placer”, describe y analiza una observación realizada acerca del juego de su nieto. El niño arrojaba los juguetes lejos de sí, haciéndolos desaparecer, expresando, en ese acto, un sonido que significaba *fuera (fort)*. Además tenía un carretel de madera con una cuerda que lo tiraba por arriba de la cuna, lo hacía desaparecer para luego volver a traerlo hacia sí, en ese acto de aparición expresaba: *aquí (da)*. En la repetición del juego: desaparición - aparición, el niño manifestaba los sentimientos ambivalentes en relación a la ausencia - presencia de su madre, como así también el alejamiento del padre.

Para que estas instancias decisivas se den en un sujeto en constitución subjetiva, debió haber operado la interdicción o función de corte ejercida

por el padre. Es la Ley paterna la que opera como agente de la castración.

Seguimos a Oscar Masotta para definir el concepto de castración:

“Cuando se habla de castración se debe poder significar por lo menos los dos lados que constituyen el complejo: no solamente la amenaza en el hombre y la envidia del pene en la mujer, sino además, y muy peculiarmente, el momento fecundo por donde el sujeto queda separado de su ligazón ‘incestuosa’ con la madre para darse un objeto por fuera del grupo familiar”<sup>8</sup>.

Castración mediante, la elección de objeto, tanto en la niña como en el niño, dependerá del modo en que se sitúen con respecto a la función paterna. Los caminos serán diferentes en ambos.

En cuanto a la niña, frustrada ante el descubrimiento de la carencia en la madre y de su propia carencia, se dirigirá al padre como objeto de amor, en la ilusión que éste, siendo portador del objeto real, pueda darle un hijo. Esta ilusión infantil no es sin una nueva frustración. Más allá de lo complejo de la elección de objeto, la niña hará un camino de retorno para identificarse con su madre, lo que le permitirá en un futuro conducirla al intento de búsqueda de un hombre que sustituya a su padre y le dé un hijo.

¿Qué pasa con el niño? Al parecer, el camino es más corto ya que tiende a identificarse con el progenitor de igual sexo, el padre. Pero no es asunto sencillo, ya que marcamos la importancia del “don”, de la circulación del *falo*. Si no hay donación, ese hijo no podrá acceder en un futuro a la posición paterna. Si el niño se identifica con la madre y se encuentra en posición pasiva con respecto al padre, en cuanto espera ser amado por él, hablamos, en este caso, de un “Edipo invertido”.

La resolución del Edipo se da aproximadamente a los cinco años y

8 Masotta O., *Edipo, castración, perversión (Tres lecciones)*, op. cit., pp. 99 - 100.

medio, dejando como resultado, a nivel inconsciente, bajo el mecanismo de la represión, la constitución del *Superyo*.

Finalizamos puntuando que, de esa dialéctica de *dones*: simbólicos, imaginarios y reales; atravesada de satisfacciones, frustraciones y privaciones, advendrá un sujeto que tendrá que arreglárselas con un afuera, un más allá de lo familiar, arreglárselas en el terreno de lo exogámico.

## Los destinos de la estructura

Como anunciamos, los desarrollos previos -al igual que los que vendrán- se sustentan de los aportes de la Teoría Psicoanalítica. En virtud de ello, se expusieron conceptos medulares de dicha teoría. Por este motivo, queremos dejar expresado que cada concepto, cada temática, tiene una exhaustiva investigación y tratamiento, tanto en la obra de Freud, como en los autores que le sucedieron. En este Seminario solo nos ceñiremos a lo que entendemos necesario para los conocimientos del futuro profesional.

Hacemos estas aclaraciones ya que el punto que vamos a analizar, en cuanto a *los destinos de la estructura*, es riquísimo y, al mismo tiempo, solo nos aproximaremos a él de modo, diríamos, “esquemático”. Modo que no hará que pierda su rigor y que, al mismo tiempo, invita a continuar profundizando a quienes les interese.

Hechas estas salvedades, recuperamos lo expresado en relación a lo decisivo que será para el sujeto el modo en que transite el Edipo, y que de los avatares del atravesamiento del mismo dependerá su posición en relación al deseo, a la elección de objeto sexual, como así también, la posición respecto a la Ley.

Estas cuestiones son determinantes a la hora del encuentro con un paciente. Hacen a la clínica médica en toda su expresión. El correlato sintomático psíquico, al igual que el físico, es amplio en una consulta y siempre está anudado a una estructura psíquica que subyace.

Conforme a los aconteceres del *Complejo de Edipo* y al *Complejo de Castración* se delimitan tres tipos de estructuras: Neurótica, Psicótica y Perversa. En cada cual confluyen, con diversa prevalencia, los distintos mecanismos de constitución, y las consecuentes manifestaciones clínicas.

Para que un sujeto devenga *neurótico* debió, en él, operar la “Ley de prohibición del incesto”, impartida por quien ejerce la función paterna.

Finalizado el *Complejo de Edipo*, castración mediante, la metáfora paterna quedó, bajo los efectos de la represión, inscrita en el psiquismo del sujeto.

Sabemos que la angustia es patrimonio del sujeto neurótico y funciona como motor, como movimiento que acompaña al sujeto por los carriles del deseo. Pero, en ocasiones, la angustia como resultante de un conflicto, alcanza magnitudes que no pueden ser reguladas por el aparato psíquico. Esta adquiere la condición de “angustia patológica”, con el sufrimiento que implica.

Definimos el *conflicto psíquico* como un producto de dos fuerzas opuestas y encontradas. Una de ellas es el deseo inconsciente, sometido a la represión y expuesto a las exigencias del *Superyo*.

El neurótico paga con angustia los costos de su posibilidad deseante, más allá de su original fuente de deseo. *Es así que la angustia, como señal de alarma, precede al síntoma en la neurosis. Este, tendrá su particularidad en la clínica, de acuerdo entre otras cosas, al modo del retorno de lo reprimido.* Si bien hay varias clasificaciones, nombramos los grandes cuadros: neurosis de angustia, neurosis fóbica, neurosis histérica y neurosis obsesiva.

En los pacientes con *estructura psicótica*, el “tránsito por el Edipo” quedó obstaculizado. No operó la Ley de prohibición del incesto, por ende, no hay inscripción en el psiquismo de la metáfora paterna. Quedó *forcluido* el significante del nombre del padre.

Insistimos que esta breve reseña es merecedora de desarrollos teóricos de jerarquía que aquí nos exceden, lo que no implica desconocer la envergadura de lo que hablamos. Así, también, nos habita el interés de que los médicos puedan consustanciarse con estas problemáticas que generan un sufrimiento inconmensurable. No en pocas ocasiones, el desconocimiento médico puede llevar a intervenciones que operan como desencadenantes de crisis psicóticas.

Un alto porcentaje de pacientes que llegan a las guardias de los

hospitales o sanatorios generales, es a causa de crisis subjetivas de distinta índole, por lo que el médico tiene que saber distinguir y hacer diagnósticos diferenciales para actuar en consecuencia.

Ante una estructura psicótica desencadenada o no, ¿Qué pasa con el deseo? Se trata de un paciente que hipotecó su deseo, el mismo quedó a merced del *Otro*. La rúbrica en la psicosis lo da la certeza. Certeza de ser todo para el *Otro* primordial.

La certeza se traslada a la clínica con los delirios y alucinaciones, entre otros signos y síntomas, que hacen a las variadas modalidades de presentación de las psicosis. En cuanto a su evolución, hay que distinguir las psicosis agudas y las psicosis crónicas.

Siguiendo a Freud, en las psicosis, el conflicto se da entre el *Yo* y el mundo exterior. Hay una perturbación en esa relación. Los delirios parecen surgir justamente en esos puntos en que se daría una especie de solución de continuidad del *Yo* con el mundo exterior.

Finalmente, en la *estructura perversa*, prevalecen los mecanismos de *renegación* y *dementida*. El correlato con los complejos fundantes de la estructura psíquica podrían expresarse de la siguiente manera: la *Ley de prohibición del incesto*, si bien es reconocida, no puede ser asumida y, por ende, no interviene como tal. Ante el horror de la castración, el sujeto perverso niega la diferenciación sexual.

Frente a esta especie de escisión se las ingenia para amortiguar el horror. Vemos entonces la traducción en los siguientes cuadros: *fetichismo*, *travestismo*, *sadismo*, *masoquismo*, entre otros.

## CLASE III. SOMA - CUERPO.

### DIFERENCIACIÓN CONCEPTUAL

#### Introducción

El cuerpo, desde tiempos remotos, es un enigma. Enigma que movilizó el interés, no solo de la medicina, sino además el de múltiples disciplinas, que también se encargaron de estudiarlo.

Si bien cada disciplina posee su propio discurso y su propia estructura de saber, los criterios metodológicos, en cuanto al objeto, difieren. Es así que el arte, la filosofía, la antropología y el psicoanálisis cuentan con desarrollos intrínsecos que contribuyen a reflexionar acerca de este constructo llamado cuerpo.

*El arte* en sus distintas expresiones:

Se puede observar la representación del cuerpo en asombrosas pinturas y esculturas. Una imagen ilustrativa que quiero compartir es la escultura de mármol -que se puede observar más abajo- cuyo autor fue Antonio Corradini. La creó por encargo en 1752 (actualmente se encuentra en la Capilla Sansevero de Nápoles, Italia) y se llama “La verdad velada”.

El arte se encuentra atravesado por la estética. ¿Qué es la estética?: es una rama de la filosofía que se relaciona con la belleza. La belleza como noción se articula con numerosos aspectos de lo humano. La preocupación estética no es ajena a las diferentes formas del arte.

Estos conceptos se volverán a trabajar cuando, por ejemplo, se traten las problemáticas alimentarias.



Antonio Corradini (1752): *La verdad velada*  
Capilla Sansevero, Nápoles.

La *filosofía*, por su parte, y algunos de sus grandes pensadores, se refirieron al cuerpo: por ejemplo, Platón afirmaba que el alma estaba cautiva dentro del cuerpo. Nietzsche, para quien el pensar da mareos, vómitos y náuseas, ya que para él se piensa con el cuerpo. También se encuentra Spinoza expresando que no se sabe lo que puede un cuerpo y hasta dónde un cuerpo es capaz.

En tiempos contemporáneos extraemos, de Michel Foucault, en su libro *Las palabras y las cosas*, una interesante cita: “(...) allí donde, desde el fondo de los tiempos, el lenguaje se entrecruza con el espacio”. Más adelante, trabajaremos esta cita.

En cuanto a la *antropología*, se debe hacer una mención a Lévi-Strauss, quien analizó la trama simbólica y los efectos en el cuerpo.

Por su parte, David Le Bretón, siguiendo el pensamiento estructuralista de Lévi-Strauss, planteaba lo siguiente:

“El cuerpo es un tema que se presta especialmente para el análisis antropológico ya que pertenece, por derecho propio, a la cepa de identidad del hombre. Sin el cuerpo que le proporciona un rostro, el hombre no existiría. Vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que este encarna”<sup>1</sup>.

También expresó:

“Si la palabra o el rito pueden terminar con un síntoma, o provocar la muerte, es porque encuentran, desde el comienzo, eco en el cuerpo, resonancia en la carne. La palabra, el rito, o el cuerpo tienen, aquí, la misma fuente. La materia prima es común: la trama simbólica”<sup>2</sup>.

1 Le Breton, D. *Antropología del cuerpo y la modernidad* (trad. Paula Mahler), edit. Nueva Visión, p. 7.

2 Le Breton, D., *Ibid.*, p. 183.

La teoría y la clínica psicoanalítica hablan de un cuerpo erógeno, hecho de lenguaje y del que participan las pulsiones.

Sin dejar de lado el orden biológico, por el contrario, entendemos que trabajar la diferenciación conceptual entre *soma* y *cuerpo* a partir del Psicoanálisis resulta crucial para un abordaje que trascienda este orden y que además lo contemple, en el intento de considerar que las marcas en él -en el soma, en lo biológico- no son ajenas, en muchas situaciones clínicas, a la constitución del cuerpo erógeno, del cuerpo libidinal.

## ¿Cómo se conforma un cuerpo?

A modo de definición, cuando nos referimos al *soma* tenemos que considerar el plano de los órganos, es decir, nos centramos en lo meramente biológico. Por ello, el cuerpo que atiende la medicina es una realidad. Esa realidad se compone de una estructura (macroscópica y microscópica) hecha de carne y huesos. Así se forman los diferentes sistemas del organismo humano, con su inherente funcionamiento fisicoquímico cuantificable y sujeto a múltiples procesos, tanto internos como externos. Ello supone un equilibrio, pero expuesto, en el transcurrir de la vida, a enfrentarse a noxas que lo afecten y que devienen en enfermedades.

De todas maneras, el trabajo con los pacientes dará cuenta que estos procesos no son tan lineales. Para acercarnos a la complejidad con las que nos encontramos en la clínica vamos a servirnos de los aportes que brinda el Psicoanálisis en relación al cuerpo.

Para el Psicoanálisis, entonces, el cuerpo, como parte de la realidad psíquica, se construye. Para que el *soma* adquiriera el estatuto de *cuerpo* debemos situarnos, inicialmente, en el ámbito de lo simbólico. ¿Qué quiere decir esto?: el lenguaje vehiculizado por las funciones parentales de transmisión simbólica cumple con un requisito indispensable al operar como libido transmitida que nutre los órganos tornándolos erógenos, dando un cuerpo, formando un cuerpo.

¿A qué se llama libido? Podemos asociar la libido con el instinto de vida. Estamos ante un dominio que Freud postuló como “energía psíquica sexual”. El trabajo libidinal supone, en cuanto al cuerpo, una relación con su imagen, indispensable para investirlo como cuerpo erógeno, objeto de amor, y sacarlo de su condición meramente orgánica.

Así, podemos decir que el bebé nace en un baño de lenguaje, lenguaje que lo preexiste. Un hijo está en el discurso de sus padres antes de su nacimiento. El lenguaje atraviesa generación tras gene-

ración con las marcas que ello implica en el desarrollo del sujeto.

Destacamos, entonces, que: para que un organismo de la biología, *soma*, tenga vida, es primordial la existencia de una trama simbólica que lo signifique y le otorgue un lugar. Desde esta perspectiva, el ser hablante está determinado y entramado en las leyes del lenguaje. Esa trama simbólica es un tesoro de significantes que propician identificaciones en el sujeto.

Estos correlatos identificatorios son decisivos, no solo en lo atinente a la constitución del cuerpo erógeno. Son también decisivos en la constitución del aparato psíquico y hacen a la singularidad y a la diferencia entre los sujetos.

Precisamente, en el juego de los significantes, determinado por la partición de la lengua, aparecerá la multiplicidad del sentido que tiende a romper con lo que intenta coagularse en un signo y en un síntoma, ya sea físico o psíquico. La riqueza de la lengua, cuan abanico, lleva más allá de un único significado en la lectura de los devenires de un paciente. Lo interesante es que el médico esté advertido y dispuesto a tomar contacto con estas coordenadas que proporciona el mundo simbólico.

Volviendo a la cita de Michel Foucault, en donde el autor explica que desde el fondo de los tiempos, el lenguaje se entrecruza con el espacio, nos habla del espacio inconmensurable que se abre cuando el lenguaje se despliega. Pensamos el *cuerpo* justamente como ese entrecruzamiento, desde el fondo de los tiempos, entre el lenguaje y el mencionado espacio.

Para que el organismo se transforme en cuerpo como un territorio psíquico, marcado por el deseo que se desliza en la polisemia del lenguaje, algo tiene que perderse, algo tiene que descartarse. La necesidad (lo fisiológico) tiene que cobrar una dimensión diferente. Estas son situaciones imprescindibles y constituyentes en un sujeto.

Por ejemplo, el acto de alimentar a un niño no debe estar reducido a cubrir meramente una necesidad fisiológica como es el hambre. El alimentar a un niño es además, o debería ser además, un don de amor.

Pues bien, no todo lo vinculado al cuerpo se resuelve en el plano de lo simbólico. Al trabajar el *Complejo de Edipo*, destacamos la relevancia de la función materna, que contempla lo simbólico. También enunciamos lo atinente al *estadio del espejo*. Es así, que la madre -o quien cumple con la función materna-, resulta decisiva en este momento de constitución, dado que se presta como modelo, ya que para el niño, en este tiempo, existe un solo rostro, una sola imagen: la materna. A partir de esa imagen, que es fuente de identificación, el organismo de la biología, al que llamamos *soma*, se unifica.

Alrededor de los 6 meses de vida, el bebé se advierte como un otro diferente a la imagen de su madre. Su desarrollo neurológico incompleto hace que necesite la asistencia de los otros, pero al mismo tiempo, esta instancia del estadio del espejo lo sorprende para diferenciarlo de aquellos que lo asisten.

El *estadio del espejo*, entonces, es un punto de partida para situar, simultáneamente, la identificación, lo imaginario y el cuerpo.

Vale hacer la puntuación de que la mirada, enhebrada a la palabra, con un resto de real que se desprende del leguaje, constituyen y determinan al sujeto. Hacen al cuerpo erógeno y a la estructura psíquica, generando marcas e inscripciones.

Lo desarrollado hasta aquí, y articulando con lo trabajado en el *Complejo de Edipo*, propongo pensarlo de la siguiente manera, como una fantasía materna que aloja a su niño y construye su cuerpo erógeno:

*Hasta en mis juegos, ya te había imaginado. Cuando te tuve en mis brazos por primera vez, te miré y eras tal cual en mis pensamientos. Tu llanto, tu tibieza, mis palabras y mis caricias temerosas lo confirmaron.*

Concluimos, parafraseando a Pablo Neruda: “Todo está en la palabra. Una idea entera se cambia porque una palabra se trasladó de sitio, o porque

otra se sentó como una reinita adentro de una frase que no la esperaba y le obedeció”.

Sabemos que el sujeto, al igual que sucede con los poemas y las canciones, está hecho de palabras. Acorde al modo en que ellas son acomodadas por quienes las acomodan: poetas, músicos, padres, madres, médicos, médicas, psicoanalistas; resultará bonito, alegre, grato, en algunas ocasiones, y en otras, nostálgico, triste, impregnado de sufrimiento y tragedia. Está en nosotros, como profesionales, poner a trabajar las palabras para reubicarlas en ese trayecto que se aproxime a una otra verdad (más allá de las certezas), la del inconsciente, en el intento de dar un cauce diferente a la “sentencia del *Otro*”.

Muchas veces, los padecimientos están impregnados de pequeñas o grandes sentencias del *Otro*.

## CLASE IV. PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.

### SUS CONTINGENCIAS

*“(...) hoy como hace veinte años corro todavía el riesgo de tratar de fundar la significación fundamental de lo normal mediante un análisis filosófico de la vida, entendida como actividad de oposición a la inercia y a la indiferencia. La vida trata de ganarle a la muerte, en todos los sentidos de la palabra “ganar” y ante todo en el sentido en el que la ganancia es aquello que se adquiere por el juego.*

*La vida juega con la entropía creciente”*

Georges Canguilhem<sup>1</sup>

### Introducción

Con este epígrafe nos introducimos en el tema “Proceso salud – enfermedad”, a partir del concepto de *entropía*. Para la Física: magnitud termodinámica que indica el grado de desorden molecular de un sistema; para la Informática: medida de la incertidumbre existente ante un conjunto de mensajes, del cual va a recibirse uno solo.

El término entropía se utiliza aquí en el sentido de “desorden, caos e incertidumbre” a nivel subjetivo.

En tiempos de Pandemia, “la vida juega con la entropía creciente”. Comencé a escribir este apartado el día domingo 21 de Junio de 2020.

<sup>1</sup> Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*, op. cit., p. 183.

Se festejaba el “Día del Padre” y estábamos en tiempos de pandemia. Me preguntaba entonces, y aún sigo haciéndolo, si estos hechos pueden vincularse. No lo sé, pero siento la necesidad de situarlo. ¿Cómo pensar el proceso salud - enfermedad, ante un real de tal magnitud, que nos pone en el punto justo de la incerteza?

El discurso médico, habituado a la certeza y a la evidencia, poco tiene para responder desde ese lugar. Solo hay una evidencia: una amenaza invisible que acecha. Es así que, volviendo a la cita de Canguilhem, señalo que en estos tiempos “la vida juega con la entropía creciente”.

Frente a esta evidencia, el médico responde, no solo con su escaso saber acerca de lo nuevo e inesperado, sino también ante lo imperioso de la demanda. Ello no es sin costos para su economía tanto psíquica como física. Lamentablemente, numerosos colegas, al igual que otros profesionales del área de salud, murieron a causa del COVID 19, y un alto porcentaje sigue exponiéndose al terrible riesgo.

En ese escenario, resulta inconmensurable la erogación psíquica comprometida.

“Día del Padre” en el 2020. Más que nunca afloraban los recuerdos y los homenajes. La sensibilidad estaba al día en muchos, y la negación en otros tantos. Seguramente, llegaremos al próximo día del padre de igual manera.

Propongo asociar lo siguiente: quizás la necesidad de un Padre que ordene, que ponga límites, que nos proteja y nos brinde recursos de distinta índole. Al mismo tiempo, un padre a quien cuestionar y desobedecer.

La constante dualidad: obedecemos y nos dejamos guiar; o bien, a partir de los recursos con que contamos, nos responsabilizamos para hacer nuestro camino.

Actualmente, desde mi lugar de ciudadana, como docente y médica que trabaja cotidianamente con el padecimiento subjetivo, no puedo dejar de expresar el desconcierto ante este horror que parece no acotarse y

encontrar un borde, un límite necesario en los diferentes niveles de nuestra sociedad. No puedo dejar de preguntarme y cuestionar la entropía a nivel mundial en la que estamos inmersos.

Es pertinente interrogarse sobre el momento histórico de la humanidad en el que el horror se despliega. Cuando hablo de horror, no solo me refiero a la gravedad de los alcances de este virus. Genera horror la desigualdad social, la indiferencia, la falta de empatía con el semejante. Me genera horror escuchar la palabra “confinamiento” que, puesto en acto, parece dejarnos sin recursos.

Hoy más que nunca se escucha, además, que “no hay recursos”. Tanto los reales, los recursos que, sin duda, carecemos en materia de mano de obra del personal de salud como de número de camas, entre otros ítems, se me ocurre: ¿En la cultura actual, no estaremos careciendo de otros recursos imprescindibles que propicien partir de la sustitución, como operador creativo, y no desde el *confinamiento* para hacer soportable la falta y lo ominoso? Cuando indico “soportable”, no me refiero a una posición pasiva o de conformidad. Desde luego, esta es una problemática para ser debatida.

## El saber acerca de la enfermedad

En primer lugar, referirse al saber acerca de la enfermedad supone una ilusión pretenciosa que se nos diga “todo” o, peor aún, que ya está todo dicho. Nos orientamos a pensar, en cuanto al saber, como un supuesto que conlleva una construcción en la que intervienen numerosos actores. Desde esta visión, estaremos confrontados ineludiblemente con el orden de la falta. Falta que no puede ser sin incertidumbre y sin angustia. Pero solo desde allí podremos comenzar a construir.

A lo largo de la historia, valiosos referentes aportaron sus reflexiones con las que desarrollaron teorías en pos del conocimiento médico y, por lo tanto, sus modos de concebir la enfermedad.

Revisaremos alguna de estas teorías, no coincidiendo con algunas, pero, al mismo tiempo, nos nutriremos del diálogo con determinados autores cuyas teorías resultan afines dando lugar, así, a un pensamiento propio sobre estas vicisitudes que hacen al sufrimiento.

Como punto de partida de este diálogo recurrimos al brillante texto de Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. Canguilhem fue un médico y filósofo francés (1904 - 1995) abocado, fundamentalmente, a la epistemología e historia de las ciencias.

El autor pone un particular interés en distinguir la palabra del concepto. Hace énfasis en la *filiación de los conceptos* y propone que, partiendo de la definición de los mismos, se abre a la formulación de un problema. La palabra será el instrumento que vehiculizará los presupuestos teóricos.

Tomamos esta distinción, como dato epistemológico de relevancia, para circunscribir nuestro objeto. En lo que nos concierne, la enfermedad es un concepto que se abre al interrogante y a su problematización. Tal posición intentará conducir, más allá de una interpretación lineal del asunto, contribuyendo a enriquecer el territorio de la práctica médica.

En función de ejemplificar lo anteriormente expresado, consideramos preocupante reducir el espectro de la enfermedad a la vigencia, en el campo científico, de una lectura de la misma a partir de la llamada: “medicina basada en la evidencia”. Esta afirmación supone que, determinados síntomas y signos, dan como resultado una determinada enfermedad a la que, desde luego, le corresponde una pertinente terapéutica. La evidencia también se encontraría respaldada por los estudios que la avalan.

Las evidencias alejan de la necesidad de indagar los procesos que subyacen ante la aparición de enfermedades, tanto crónicas como agudas y, lo que es peor, los pacientes quedarán descontados como sujetos. Para la Medicina basada en la evidencia, el paciente es un mero receptor pasivo del sufrimiento.

Canguilhem entiende a la medicina como un arte ubicado en la encrucijada de varias ciencias. Esta apreciación no debe llevarnos a la confusión de pretender unificar los preceptos de cada una de esas ciencias. Por el contrario, cada ciencia tiene que mantenerse fiel a su objeto de estudio y, en consecuencia, a su modo de operar.

Aparece el concepto de “normal” como no pasible de medición objetiva. Escribió: “(...) no es un concepto de existencia”<sup>2</sup>. Así, lo patológico no está incluido en el concepto de normal, prosigue: “(...) puesto que lo anormal no es aquello que no es normal sino aquello que es otra normalidad”<sup>3</sup>.

Sugerimos no confundir lo normal con las generalidades, con los “altos porcentajes” o con lo que predomina en las masas.

El autor hace estos finos desarrollos a medida que analiza y cuestiona las formulaciones de hombres como Hans Selye, Kurt Goldstein, Auguste Comte, Claude Bernard, entre otros, quienes marcaron la historia de la Medicina, pero además hay que reconocer que muchas de las formulaciones permanecen en la actualidad y son la base de

2 Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico. op. cit.*, p. 156.

3 Canguilhem G. *Ibid*, p. 156.

teorías explicativas entorno al modo de enfermar del ser humano.

Nos interesa destacar principalmente la posición de Selye en “(...) su teoría del estado de alarma orgánica”<sup>4</sup> donde plantea las modificaciones de la corteza suprarrenal, de la tiroides y de la hipófisis, denominando como reacciones de adaptación y de alarma, en las que algunos sujetos enferman ante las repetidas descargas de corticosterona, llamándolas enfermedades de desadaptación.

Esta teoría se acerca a los planteos, tanto de las neurociencias, como de otras ciencias en las cuales el objeto de estudio tiene la cualidad de estático. No desconocemos los movimientos hormonales y de neurotransmisores en las circunstancias de una enfermedad, pero si nos quedamos en tal causalidad, la lectura de las enfermedades se agotaría en una sola arista. En este sentido, apelemos a ampliar la mirada, apostando a una mirada que permita contemplar la vida en un constante dinamismo. Es decir, lo normal y lo patológico como un dinamismo de varias aristas en el que puede irrumpir la enfermedad.

Dado que no podríamos decirlo de otro modo, es que siguiendo la sutil y, al mismo tiempo, decisiva pluma de Canguilhem transcribimos:

“El médico tiende a olvidar que son los enfermos quienes llaman al médico. El fisiólogo tiende a olvidar que una medicina clínica y terapéutica, no siempre tan absurda como se la ha querido declarar, ha precedido a la fisiología. Una vez reparado este olvido, nos vemos llevados a pensar que la experiencia de un obstáculo, vivida ante todo por un hombre concreto, con la forma de una enfermedad, es lo que ha suscitado la patología, en sus dos aspectos: semiología clínica e interpretación fisiológica de los síntomas. Si no existiesen obstáculos patológicos tampoco existiría la fisiología porque no existirían problemas fisiológicos por resolver”<sup>5</sup>.

4 Canguilhem G. *op. cit.*, pp. 7 - 8.

5 Canguilhem G. *op. cit.*, pp. 159 - 160.

Advertimos, entonces, que en ese dinamismo al que aludimos, la marca que hace a la enfermedad lleva incorporada en sí la singularidad inherente al sujeto. Las enfermedades como entidades desarrolladas descriptivamente llevan el sello o estandarte de quien las porta.

Otro tema merecedor de análisis es cómo se leen los *obstáculos patológicos*, teniendo en cuenta lo incesante y sin límites de las interpretaciones y ofrecimientos tendenciosos por parte de determinados estamentos de poder donde el aparato médico está inmerso. Sin duda, el abanico es amplio, por ejemplo: hay un determinismo cuasi obsceno al que nos remiten los procedimientos estadísticos. La aparatología -cada vez más sofisticada- que sustrae a la mirada clínica. La polifarmacia que barre con la palabra. Ni que hablar del médico - actor que detrás de una pantalla expone a modo exhibicionista temas tan delicados sin medir el impacto de quien lo recepciona.

Nos despedimos del primer interlocutor haciendo nuestras sus palabras:

“Buscar la enfermedad en el nivel de la célula significa confundir el plano de la vida concreta donde la polaridad biológica hace la diferencia entre salud y enfermedad, con el plano de la ciencia abstracta donde el problema recibe una solución”<sup>6</sup>.

Aclara Canguilhem, que ello no significa que una célula no puede estar enferma, sino que la enfermedad no se reduce a estar alojada en una parte del organismo.

Dirá: “Un microscopio, un termómetro, un caldo de cultivo, no conocen una medicina que el propio médico ignoraría. Dan un resultado. Este resultado no tiene de por sí ningún valor (...)”<sup>7</sup>.

6 Canguilhem G. *op. cit.*, p. 172.

7 Canguilhem G. *op. cit.*, p. 173.

“Todo concepto empírico de enfermedad conserva una relación con el concepto axiológico de la enfermedad. Por consiguiente, no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un fenómeno biológico considerado. Siempre es la relación con el individuo enfermo, por intermedio de la clínica, la que justifica la clasificación de patológico”<sup>8</sup>.

Ahora bien, la pregunta de rigor tendrá que situarse en el corazón mismo de lo que se denomina “clínica” para salir del mecanismo de repetición, que, con sus múltiples matices, se sostiene y atraviesa los distintos tiempos históricos.

Para continuar reflexionando acerca de las contingencias que hacen al *cambio de ciudadanía*, como lo llama la escritora Susan Sontag al “proceso salud -enfermedad”, tomaremos *El nacimiento de la clínica*<sup>9</sup>, exquisito texto de Michel Foucault, otro valioso interlocutor.

Este autor francés (1926 - 1984) fue psicólogo, filósofo, historiador y sociólogo. Con tan amplia formación dejó una interesante herencia que la entendemos como imprescindible en la formación del futuro médico.

Foucault marca el nacimiento de la medicina moderna en los últimos años del siglo XVIII y la describe dentro de los paradigmas del positivismo, donde lo que prima es el fenómeno que está al alcance de la mirada, lo que se percibe. En este acto perceptivo entra en consideración un solo nivel, aquel que hace ruido y que brilla: la enfermedad, con sus signos y sus síntomas.

“El conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad”<sup>10</sup>.

Conocer la enfermedad lleva consigo la minuciosidad de la semiología, de la anatomía, de la fisiología, por lo menos en los inicios. Si el remedio

8 Canguilhem, G. *op. cit.*, pp. 176-177.

9 Foucault, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

10 Foucault, M. “Espacios y clases”. En: *El nacimiento de la clínica... op. cit.*, p. 30.

que le está asignado a tal entidad nosológica, de acuerdo a los tratados médicos, no da el resultado esperado, se continuará profundizando por otros certeros caminos que responden a su ciencia.

Si bien este paradigma se muestra tan sólido y genera tranquilidad, es crucial estar advertidos que nuestro objeto de estudio no le es tan fiel. Como señalamos y, desde luego, seguiremos profundizando, nuestro objeto lleva la marca de quien lo porta. Desde esta perspectiva, no alcanza con ceñirnos a la enfermedad y al enfermo portador. Tendremos que dar un paso más en pos de interesarnos en aquel sujeto atravesado por vicisitudes en las que son posibles contemplar *una otra ciudadanía* que trasciende a los esquemas entendidos como normas de salud.

Pero, lamentablemente, si nos guiamos por los cánones actuales, que no son tan actuales, la medicina se fue afianzando, cada vez más, en paradigmas positivistas dando pruebas de un saber respaldado por estadísticas que van en detrimento de esa trama, algunas veces imperceptible, y otras no tanto, que subyace en la enfermedad.

Foucault habla de esa región del lenguaje en donde “(...) las ‘cosas’ y las ‘palabras’ no están aún separadas, allá donde aún se pertenecen, (...) manera de ver y manera de decir”<sup>11</sup>. Y agrega:

“Será menester poner en duda la distribución originaria de lo visible y de lo invisible, en la medida en que ésta está ligada a la división de lo que se enuncia y de lo que se calla: entonces aparecerá, en una figura única, la articulación del lenguaje médico y su objeto”<sup>12</sup>.

Acceder al *cambio de ciudadanía* por intermedio de la *región del lenguaje* no desvirtúa en absoluto la clínica del fenómeno ni la eficacia de la práctica, por el contrario, nos acerca a un objeto un tanto ambiguo, pero humano.

11 Foucault M., “Prefacio”. En: *El nacimiento de la clínica.*, op. cit., p. 12.

12 Foucault M., “Prefacio”. *Ibid*, p. 12.

Por ende, invitamos al desafío de contemplar un objeto/sujeto atravesado por vicisitudes que hacen a las contingencias del vivir y, por ende, a las contingencias del enfermar.

Desde el momento en que logremos hacer este corrimiento en la lectura del objeto de estudio; de la enfermedad al sujeto y sus vicisitudes, la perspectiva del proceso salud - enfermedad también experimentará su inherente corrimiento.

Las contingencias que hacen al proceso salud - enfermedad en un sujeto, al ser tomadas por modalidades de paradigmas clásicos, se agruparán en un orden clasificatorio de “alertas”, siendo difícil, para quien enferma, intentar librarse. A ello se le suma un plus... “la culpa”.

Es frecuente -y lamentable- que el médico ubicado en un lugar de “poder” avasalle la intimidad subjetiva de un paciente, sancionando determinadas “conductas” del mismo como generadoras de la enfermedad.

En todo caso, “las conductas” ameritan ser indagadas, tanto por el profesional, como por el paciente. Las conductas suelen ser las portadas sólidas de un territorio endeble y desconocido que subyace, permitiendo al sujeto tomarse de ellas, a modo de amparo, para lograr transcurrir. Numerosas *quitapenas* nos acompañan en el devenir de la vida hasta que, de pronto, algo que estaba silente, pero en proceso, irrumpe para conmovernos.

En algunas circunstancias salta a la vista el llamado *factor desencadenante*, pero ese es su estatuto: *desencadenante*. El estatuto de *la causa*, o mejor dicho, de *la trama* circula por otros circuitos. Si la mirada sagaz del médico se detiene en el primer escalón, dará inicio a los extravíos y desencuentros. Lo que el médico sanciona con su *ojo clínico* puede dejar sin alternativas al enfermo desde el momento en que hay un ojo portador de una mirada descriptiva que se arroga un único lenguaje, lenguaje que se agota en el

emisor. Al decir de Foucault un “Ojo que hablaría”<sup>13</sup> convirtiéndose en “maestro de la verdad”<sup>14</sup>.

Nuestro autor examina el precario equilibrio entre la palabra y el espectáculo (aquello que se ofrece al ojo, al vistazo) en tanto que todo pretende ser visible y aprehendido desde la descripción. En este “todo” radica el fracaso y se desvanece el anhelado y pretendido equilibrio médico.

Por ello conviene distinguir el “ojo clínico” de la “mirada clínica”. Qué mejor que seguir a Foucault cuando enuncia:

“La mirada implica de hecho un campo abierto, y su actividad esencial es del orden sucesivo de la lectura: registra y totaliza; reconstituye poco a poco las organizaciones inmanentes; se extiende en un mundo que es ya el mundo del lenguaje, por eso se emparenta espontáneamente con la audición y la palabra; forma como la articulación privilegiada de los dos aspectos fundamentales del *Decir* (lo que está dicho y lo que se dice). El vistazo no revolotea sobre un campo: da en un punto, que tiene el privilegio de ser el punto central, o decisivo; la mirada es indefinidamente modulada, el vistazo va derecho: escoge, y la línea que traza con un movimiento opera, en un instante, la división de lo esencial; va, por lo tanto, más allá de lo que ve; las formas inmediatas de lo sensible no lo engañan, porque sabe atravesarlas; es por esencia destructor de mitos. Si afecta en su rectitud violenta, es para herir, para levantar, para desprender las apariencias. No se detiene en todos los abusos del lenguaje. El vistazo es mudo como un dedo apuntado, y que denuncia”<sup>15</sup>.

Hoy más que nunca, en diversos órdenes, estamos en tiempos de “denuncias”. En estos tiempos de denuncias *se desvanece la palabra que porta la singularidad del lenguaje*. Partiendo de estos desarrollos, sostenemos que las contingencias del proceso salud - enfermedad no se

13 Foucault, M. “Ver, saber”. En: *El nacimiento de la clínica, op. cit.*, p. 159.

14 Foucault M. “Ver, saber”. *Ibid.* p. 159.

15 Foucault M. “Ver, saber”, *op. cit.*, p. 168.

dirimen en los púlpitos ni en los estrados. Menos aún en las pantallas.

Abogamos por la no interferencia entre pluralidad discursiva y que estos discursos no se autoproclamen como dueños de una verdad. Abogamos por un hacer artesanal que desmenuce y atienda cada poro, cada arista de las complejidades humanas. Abogamos por el respeto de la intimidad, *permitiéndonos manifestar* desacuerdo y malestar ante el exhibicionismo de los escenarios donde, sin pudor alguno, se discute el sufrimiento.

Con esta clara y autorizada posición, proseguiremos con el objetivo trazado. En consecuencia, vamos a revisar el pensamiento del Psiquiatra francés Lucien Israel (1925 - 1996). Oportunamente recurrimos a él para desarrollos previos, a partir de su texto *El médico frente al enfermo*.

En nuestro análisis, sobre el proceso salud - enfermedad, propusimos atender al sujeto y sus circunstancias. En este sentido, Israel se pregunta, cuando teoriza sobre “La experiencia de la enfermedad”, si:

“¿Una trampa cualquiera se abre bruscamente bajo las pisadas del hombre para provocar su caída? ¿Aguarda la enfermedad un momento determinado de su existencia para abrirse sobre ella? O, por el contrario, ¿Existe entre el enfermo y la enfermedad una especie de acuerdo...?”<sup>16</sup>.

Si bien ya lo dijimos, es menester resaltar que no estamos en el terreno de la *culpa*. El autor no se apoya en ella cuando formula estas preguntas. Asoma aquí, lo pertinente al beneficio secundario que puede reportar, en algunas ocasiones, *caer enfermo*. Asocia esta caída con el caer enamorado, en tanto que, el enamorado, en nombre del amor, responsabiliza “al destino ciego”<sup>17</sup>, como así también explica y justifica determinados actos.

Prosigue con la interrogación: “¿Quién cae enfermo?”<sup>18</sup>, sosteniendo que la experiencia médica da cuenta que hay personas en quienes se

16 Israel L., “La experiencia de la enfermedad”. En: *El médico frente al enfermo*, op. cit. p. 61.

17 Israel, L. *Ibid.*, p. 61.

18 Israel, L. *Ibid.*, p. 62.

repite con frecuencia los accidentes de variada índole, también existen otras personas que siempre están enfermas o tiene, con frecuencia, un enfermo en la familia.

“Para el enfermo acostumbrado a las consultas, por el contrario, no se tratará más que un rito cuyo significado se ha embotado desde hace mucho tiempo, pero del que no puede prescindir”<sup>19</sup>.

Con estos elementos teóricos, el asunto a discernir es: qué sostiene a un sujeto en tamaña cruzada para no poder prescindir de ella. Qué del orden de lo inconsciente los ampara. Coincidimos con Israel que “no es infrecuente que la enfermedad se inserte en la historia del sujeto”<sup>20</sup>. Pero es preciso señalar que, referirse a la historia del sujeto, no es circunscribirse a una serie de sucesos vividos, y si bien no se trata de obviarlos, la historia trasciende la enumeración de sucesos. Es más, quizás los sucesos estén anudados a una historia libidinal con la que el enfermo no ha podido tomar contacto.

Vamos a ejemplificar con un interesante capítulo de la medicina que comprende a las denominadas *enfermedades psicosomáticas*. Las investigaciones dan cuenta que, en estas enfermedades, el cuerpo erógeno es pasible de inscripciones, a modo de marcas. Dichas marcas representan al sujeto a partir de la lesión de un órgano. El sujeto, por una imposibilidad estructural (psíquica) se encuentra en una situación de sujeción a la enfermedad, no pudiendo ser por fuera de la marca que lo constituye. Entrarán en juego, entre otras, cuestiones identificatorias y un mecanismo de repetición en la historia libidinal.

En el territorio médico existen otros capítulos interesantes donde el cuerpo habla sobre lo que el sujeto desconoce de sí. Señala Israel:

19 Israel, L. *Ibid.*, p. 63.

20 Israel, L. *Ibid.*, p. 72.

“La reticencia del paciente a abordar determinados terrenos demuestra perfectamente que preferiría permanecer en la ignorancia y poder seguir sin creer en la existencia de ciertas relaciones angustiosas entre su vida privada y sus síntomas”<sup>21</sup>.

Si bien la gama es amplia, y sin detenernos en su desarrollo, dejamos enunciadas las manifestaciones neuróticas (conversiones histéricas); la sintomatología hipocondríaca que va desde los temores hipocondríacos en pacientes neuróticos, hasta los delirios hipocondríacos en pacientes psicóticos.

Del mismo modo que el médico tiene que estar atento a los síntomas y signos de una enfermedad y preparado para hacer diagnósticos diferenciales, es fundamental que, cualquiera sea la especialidad elegida, el profesional esté consustanciado con los planteos aquí vertidos, pues el enfermar y el sufrimiento que conlleva no se agotan en un tratado clínico, siempre lo exceden.

Recurrimos a una cita extraída del libro de Gabriel García Márquez, *Del amor y otros demonios*:

“¿Y mientras tanto?, preguntó el marqués. ‘Mientras tanto’, dijo Abrenuncio, ‘tóquenle música, llenen la casa de flores, hagan cantar los pájaros, llévenla a ver los atardeceres en el mar, denle todo lo que pueda hacerla feliz’. Se despidió con un voleo del sombrero en el aire y la sentencia latina de rigor. Pero esta vez la tradujo en honor al marqués: ‘No hay medicina que cure lo que no cura la felicidad’<sup>22</sup>.

Pero, si bien estas palabras, en el marco de una novela de amor, nos muestra un médico dispuesto a un saber que se aproxima a las contingencias de los afectos humanos, no estamos para asegurar qué es la “felicidad” y

21 Israel, L. *Ibid.*, p. 74.

22 García Márquez, G. *Del amor y otros demonios*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, p. 47.

qué hace feliz a cada cual. Lo interesante de la sentencia de Abrenuncio, es que capta algo vinculado al amor y al repliegue narcisista ante la pérdida, en su joven paciente.

Concluimos con Sigmund Freud:

“Un intenso egoísmo protege contra la enfermedad; pero, al fin y al cabo, hemos de comenzar a amar para no enfermar y enfermamos cuando una frustración nos impide amar”<sup>23</sup>.

Siguiendo la cita, asocia esta formulación con los versos de Heine describiendo la psicogénesis de la creación: “(dice Dios) ‘La enfermedad fue sin lugar a dudas la causa final de toda la urgencia por crear. Al crear yo me puedo mejorar, creando me pongo sano’”<sup>24</sup>.

23 Freud. S. “Introducción al narcisismo”. En: *Obras Completas*. Tomo II. 3ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva. p. 2024.

24 Freud. S. *Ibid.*

## CLASE V. EL CUERPO, SEDE DE INSCRIPCIONES.

### PROBLEMÁTICAS ALIMENTARIAS

#### Introducción

En el intento de leer más allá de los fenómenos clínicos que un paciente manifiesta en las circunstancias de una enfermedad; en lo expuesto anteriormente trabajamos conceptos de otras disciplinas, especialmente de la Teoría Psicoanalítica e hice, a partir de ellos, de estos conceptos, desarrollos que les permita, cuando ejerzan la profesión, establecer una relación médico - paciente, que contemple la trama del lenguaje e incorpore el valor de la palabra para establecer, desde allí, un movimiento dialéctico que amplíe la mirada y aloje al paciente en ese vínculo singular.

Vimos, además, la constitución del sujeto y el aparato psíquico. Distinguimos dos conceptos de relevancia: *soma* y *cuerpo*.

Es así que, estas herramientas, nos posibilitan indagar determinadas incidencias en lo orgánico a partir de las inscripciones en el aparato psíquico y en el cuerpo libidinal.

Las problemáticas alimentarias, en sus distintas expresiones, dan cuenta, precisamente, de dichas incidencias.

Es por ello que a esta clase la he denominado “El cuerpo, sede de inscripciones”.

Sabemos que cada periodo de la vida tiene sus particularidades, tanto en lo biológico como en lo psíquico, por lo cual, el médico debe estar preparado, no solo para intervenir con una indicación terapéutica en el caso de ser necesario, sino también para acompañar a un paciente en

estas etapas que suponen cambios francamente decisivos en un sujeto.

La pubertad y la adolescencia son unas de esas etapas cruciales. Son momentos de inflexión en cuanto a lo orgánico, lo psíquico y el lazo social.

Ya que entiendo que poseen la base teórica brindada en las *Up* de Crecimiento y desarrollo, por las otras especialidades, respecto a lo orgánico, solo me ocuparé de delimitar dichas etapas de modo somero, para luego focalizarme en el abordaje de la anorexia y la bulimia, situaciones clínicas que, si bien pueden estar silente en la estructura psíquica de determinados jóvenes, suelen manifestarse en estos tiempos.

## Pubertad

Se denomina pubertad a los cambios que se dan en el orden biológico y que van aconteciendo de modo progresivo desde la niñez a la adolescencia, preparando al individuo, desde lo somático, para la reproducción. Es decir, se producen cambios hormonales y fisiológicos que se traducirán en modificaciones somáticas. Asistimos a la expresión de los llamados caracteres sexuales secundarios.

Si nos remitimos al término pubertad, que deriva del latín *pubes* y significa “pelo”, vemos, justamente, que el pelo es uno de los tantos indicios de los cambios indicados. El mismo comienza a aparecer en el pubis, en la axila. Puede aumentar en los brazos. En los varones también se insinúa en las mejillas (barba y bigote) y en el tórax.

En la mujer se da un hecho de trascendencia como lo es la “menarca”, así se denomina a la primera menstruación. También se observa el crecimiento del botón mamario y de las glándulas mamarias.

Los varones se ven sorprendidos por las primeras poluciones y el aumento de tamaño de los órganos genitales.

Otras situaciones a destacar son: la modificación de la voz. La textura de la piel difiere, el acné se hace presente y la secreción de las glándulas sudoríparas se incrementa, generando un olor característico.

El aumento y distribución de la grasa corporal. En la mujer la misma se localiza en las piernas, caderas y mamas.

Los varones suelen desarrollar con mayor prominencia los hombros, la espalda y el tórax.

“La escala de Tanner” describe minuciosamente estas modificaciones somáticas.

Pues entonces, si bien los acontecimientos puberales son contemplados en la evolución biológica del individuo, ellos, no son sin las vicisitudes que

presupone el tránsito a la adolescencia y a la futura adultez. Es decir, hay costos psíquicos de distintas índoles en este pasaje. Los mismos dependen y se expresarán conforme a la estructura psíquica de cada sujeto.

Por ejemplo, hay niñas que esperan ansiosas y reciben con alegría su primera menstruación proyectándose en fantasías de una futura maternidad. Mientras que otras, quedan detenidas en esta instancia sin lograr autorizarse a devenir como mujeres. El autorizarse como mujer, lo femenino, tiene connotaciones que no se reducen, desde luego, al deseo o no de tener un hijo. Todo lo contrario, es algo que trasciende e introduce incógnitas, genera inquietud y temor.

Los niños, por su parte, comienzan a hacer ostentación de su poder y a competir entre ellos, pero hay quienes se repliegan. Dicho repliegue puede pasar desapercibido o eclosionar de modo sintomático. Por lo tanto, el pasaje a la posición masculina también introduce incógnitas, inquietud y temor.

Entonces, este crecimiento y desarrollo en lo somático no suele ir prolijamente de la mano con la evolución del psiquismo.

## **Adolescencia**

No podemos establecer límites tajantes entre la pubertad y la adolescencia, ni edades definidas en el inicio y el final de estas etapas. Las mismas son inherentes a cada sujeto, conllevan las marcas de una historia singular y las improntas de cada cultura.

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescens*, cuyo significado es: joven. Deriva también de *adolscere* que significa crecer, desarrollarse.

En el español se vincula con “adolecer”, una carencia (y no un padecimiento). Por lo tanto, si bien en un sentido esta etapa es un proceso evolutivo natural, no hay que desconocer que tal proceso por el que

atravesan los jóvenes que están creciendo y desarrollándose tiene costos inherentes al transcurrir por estos momentos coyunturales de la vida.

Definimos la adolescencia como ese periodo de tránsito que genera un duelo con la infancia y propicia la entrada a la adultez.

¿A qué se denomina duelo? Siguiendo a Freud, el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.

Entonces, hay un duelo en esa travesía de lo familiar, de lo endogámico, a lo exogámico, donde el lazo social empieza a correr por cuenta propia.

Históricamente, existían los llamados “ritos de paso o iniciación” con las particularidades de cada cultura y religión. Si bien algunos se conservan, otros se fueron perdiendo o tomaron modalidades diferentes. En definitiva, los mismos representaban un sustituto simbólico de la castración. Una habilitación desde lo familiar y lo cultural al mundo de lo exogámico.

Françoise Dolto señalaba que estas pruebas colectivas ayudaban a los jóvenes a librarse del sentimiento de culpabilidad transgresiva que se apodera de ellos, ya que el paso realizado en solitario, sin sostén, es vivido como una transgresión.

Dolto marca la importancia de los proyectos, que si bien no reemplazan a los ritos iniciáticos, contribuyen a que el sujeto adolescente vislumbre un más allá, un futuro.

La autora, médica pediatra y psicoanalista francesa, ya fallecida por cierto, lo escribió hace muchos años en un libro que les recomiendo: *La causa de los adolescentes*, y que me parece interesante recuperar por la vigencia de los planteos, dado que muchas problemáticas descriptas -e insistentemente ubicadas como patología de la época- fueron advertidas y estudiadas por interesantes autores de otras épocas, entre ellos Dolto.

Se retoma entonces la propuesta de la adolescencia como tránsito y duelo.

Duelar la infancia implica soportar la caída de determinados ideales,

primordialmente los padres. Y en esto de perder los padres como ideales, los jóvenes dejan de sentirse ideales para un otro, lo que trae aparejado una doble pérdida a soportar. Más allá de esa ansiada libertad y las fantasías de poder, les embarga el temor a lo nuevo, a lo desconocido, a la desaprobación.

Es, justamente, en ese duelo donde comienza una negociación psíquica. Dependerá de las reservas y avales parentales con la que cuente el sujeto para lograr hacerse de un patrimonio en nombre propio, pero en un territorio extranjero. Territorio que tendrá sus propias reglas y normas.

Por ejemplo, la juventud se ve expuesta a las exigencias vinculadas con la elección de un estudio u oficio que los prepare para un futuro laboral.

Surgirán nuevos ideales identificatorios que entran en colisión con los ideales ya conocidos generando conflictos y sentimientos de culpa, en algunos casos. No hay nada mejor que el grupo de pares en quienes sostenerse y por quienes sentirse acompañados. Se conformarán, así, nuevos grupos de pertenencia.

Otra pérdida a soportar, sin duda, es la referida al cuerpo. El cuerpo infantil se va transformando y, con las nuevas adquisiciones puberales, aparecen sensaciones que ponen en contacto directo con la sexualidad.

Si bien la adolescencia suele autorizar al encuentro amoroso y sexual con un otro, hay que tener presente que la sexualidad se inicia con la vida ya que el cuerpo es erógeno por excelencia, tanto en su superficie, sus orificios y sus órganos. Desde esta perspectiva, es posible analizarlo en cuanto a las marcas que allí se inscriben desde los comienzos y se expresarán en un determinado momento histórico.

## **Problemáticas alimentarias**

Cuando un paciente consulta por una problemática alimentaria, es fundamental hacer el diagnóstico diferencial si estamos frente a un síntoma que corresponde a determinada patología (ya sea orgánica o psíquica); o bien, la problemática se trata una entidad psicopatológica, con su propia clínica y anudada a una estructura psíquica particular.

Es así que la anorexia, como síntoma, se presenta en patologías orgánicas tales como neoplasias; procesos infecciosos; insuficiencia cardíaca; insuficiencia respiratoria (estas últimas, secundarias a las diversas patologías de los respectivos aparatos mencionados).

Enfermedades endócrinas, por ejemplo: el hipotiroidismo y el hipertiroidismo, entre otras, cursan con modificaciones en el peso corporal.

Algunos medicamentos pueden generar incremento o disminución del apetito con las consecuentes incidencias en el peso corporal.

En las afecciones psíquicas, cualquiera sea su expresión, el deseo alimentario puede verse afectado. En ese sentido, es amplia la gama de repercusiones, tanto en las neurosis, las psicosis y aún en las perversiones.

### **Anorexia y bulimia nerviosa: Generalidades**

Teniendo presente las múltiples lecturas y orígenes de los fenómenos clínicos, veremos la anorexia y la bulimia como entidades clínicas.

En primer lugar, desarrollaremos algunos signos y síntomas por los cuales los pacientes llegan a las consultas.

Es oportuno aclarar que lo habitual, es que dichos pacientes no acuden al médico por decisión propia. Son los padres quienes, luego de haber transcurrido un largo periodo de ceguera en relación a la problemática

de sus hijos, los llevan obligados a la consulta. Por su parte, los jóvenes no se reconocen en la situación que sus progenitores describen.

Desde luego, inicialmente, no van al psiquiatra o al psicoanalista.

Por ejemplo: se consulta a los pediatras ante el rechazo por los alimentos o la indiscriminada voracidad. También se recurre a los ginecólogos por el retraso de la menarca o por amenorrea prolongada. Los clínicos asisten cuadros anémicos de jerarquía y los cardiólogos atienden los desvanecimientos y la alteración del ritmo cardíaco en los jóvenes, entre otros.

Es precisamente allí, en la relación médico - paciente, un médico preparado para una escucha atenta, como mencioné, con el bagaje de conocimientos aportadas por otras disciplinas, es quien podrá dimensionar que el cuerpo libidinal quedó seriamente comprometido, expresándose de este particular modo. Si ello ocurre, se ocupará de lo somático, pero también orientará y acompañará a la familia a consustanciarse con lo que les acontece y, quizás, podrán sugerir la interconsulta con el especialista pertinente.

En la clínica del fenómeno se describe, en ambas situaciones, el acto irrefrenable que une al paciente con el alimento y lo esclaviza. Entonces, en la anorexia y la bulimia hay un denominador común: “el objeto alimento que liga y hace de nexo, de un modo particular, entre los integrantes de la familia”. Lo interesante a discernir aquí es qué representa ese objeto para no quedarnos en una lectura superficial de estos temas tan delicados.

De hecho, desde algunas líneas teóricas, se apela a instar a la voluntad de los pacientes e impartir conductas francamente de castigo a modo de tratamiento.

## Anorexia nerviosa

*Anorexia nerviosa.* La misma puede ser de *tipo restrictivo* o de *tipo purgativo*. ¿Qué significan estas variantes?

En los pacientes que sufren *anorexia restrictiva* hay una firme negación a la incorporación del alimento. Lo poco que ingieren lo hacen sintiendo culpa. En casos graves llegan a estados de desnutrición y de emaciación con compromiso vital, requiriendo de internaciones. En casos extremos puede ocurrir la muerte.

En quienes sufren *anorexia de tipo purgativo*, si bien hay restricción de la ingesta del alimento, también alternan con los atracones que llevan, inmediatamente, a querer expulsar lo incorporado. Estos actos de expulsión suelen darse aún cuando lo ingerido sea mínimo.

Un síntoma distintivo en los pacientes con anorexia es la distorsión de la imagen corporal. Se piensan y se ven gordos al espejo, por más que estén caquéticos. En función de ello, hay una gran preocupación por la dieta, dando lugar a las más variadas actitudes y conductas frente a la alimentación. Reducen a extremos irrisorios sus ingestas pero, en determinados momentos, la situación es insostenible y se dan los atracones.

Comen a escondidas y desenfrenadamente lo que encuentran. El sentimiento de culpa los lleva a los vómitos autoprovocados.

Se trata de un circuito que, cuando se instala, es difícil de parar. Además, incorporan laxantes, diuréticos y actividad física extenuante.

En general, les cuesta integrarse a la mesa familiar. Se constata, también, retracción social y marcada irritabilidad.

Están mucho tiempo en el baño con las canillas abiertas para pasar desapercibidos en el acto del vómito.

Preparan dietas de todo tipo que no logran llevar adelante. Pesan los alimentos, los esconden en lugares insólitos de la casa o de la habitación.

Llegan a esconder el producto de sus vómitos.

En consecuencia con los síntomas, encontramos signos distintivos, como ser: aumento del tamaño de las glándulas parótidas. Los nudillos de los dedos de las manos se agrandan. Se ven laceraciones en los mismos por la provocación de los vómitos.

La piel se torna pálida, fina, quebradiza. Se observan petequias en la cara, también por los vómitos. El cabello pierde su textura y brillo. Se cae. Aparece el lanugo. Las uñas se vuelven quebradizas.

Disminuye la temperatura corporal, lo que hace que se abriguen aún en verano. Es característico el uso de ropas holgadas en pos de ocultar el cuerpo.

También sufren: mareos, inestabilidad, visión borrosa. Como vimos, llegan a desvanecerse a causa de hipotensión arterial y de bradicardia.

La hipopotasemia genera, entre otras cuestiones: fatiga, debilidad muscular, calambres, etc. En casos severos, puede provocar la muerte por arritmias ventriculares si no es corregida a tiempo.

Hay un gran desequilibrio hidroelectrolítico y en el eje hipotálamo-hipofisario. Se observa amenorrea prolongada. Osteoporosis con riesgo de fracturas espontáneas. Afectación del esmalte dentario y aumento de caries dentarias. Gingivitis. Distensión abdominal. Edemas en manos y pies.

## Bulimia nerviosa

La misma puede ser de *tipo purgativo* y de *tipo no purgativo*. En la primera, se utilizan laxantes, diuréticos o recurren a los vómitos luego de los atracones. En la bulimia de *tipo no purgativo*, los pacientes realizan actividades físicas al extremo, a modo compensatorio, en el intento fallido de quemar las calorías ingeridas.

Hay que destacar la cantidad desmedida de alimento, como así también lo indiscriminado de lo que llegan a ingerir en un corto periodo de tiempo. Por ejemplo: comida cruda, congelada y hasta basura.

Al igual que en quienes sufren de anorexia, los atracones en estos pacientes se dan de modo oculto, embargados por un sentimiento de extrema ansiedad y desesperación. Ambas patologías se ubican en el plano del acto. No hay conflicto psíquico mediatizado por palabras.

Sabemos que no es la sensación de hambre lo que instala este circuito, ni la sensación de plenitud o saciedad lo que pone freno. En situaciones graves, pueden llegar a la muerte por estallido gástrico debido a la gran dilatación del órgano. Se han observado también hemorragias digestivas y complicaciones cardiológicas.

Otros actos de tipo compulsivos suelen asociarse a los atracones, como por ejemplo, lesiones corporales autoprovocadas. Aumento de la libido sexual y experiencias sexuales que ocasionan riesgos. Cleptomanía.

El dolor psíquico que experimentan compromete los distintos aspectos de la vida. Es habitual recurrir a mentiras y autoengaños por no poder insertarse en el ámbito social y laboral.

Estos episodios se dan en cualquier momento del día y varias veces por semana, pero siempre en soledad.

De la clínica desarrollada, en las dos situaciones (anorexia y bulimia), se desprende la importancia y necesidad del trabajo interdisciplinario para el tratamiento con pacientes aquejados por dichas dolencias.

## Lectura desde lo psíquico

La boca, cavidad privilegiada del cuerpo, es donde se cuecen insospechados enredos que dejan cautivos a los adolescentes y llevan al desvelo impudoroso de los padres. Esa zona erógena por excelencia, destinada a hablar y al ingreso del primer don, el alimento, en determinadas situaciones patológicas se verá trastocada en su destino. Ya sea desde el desconocimiento o desde los intereses más oscuros, los distintos sectores de poder sacan rédito de estos enredos con raíces en el inconsciente, enredos que ponen en juego la salud, tanto física como psíquica de los jóvenes.

Si bien en la literatura médica, estas situaciones patológicas vienen siendo motivo de estudio a lo largo de los siglos, hay una fuerte tendencia de ubicarlas como actuales. Ello es, sin duda, por el franco avance, en la actualidad no tan actual, de una sustitución desafortunada, en los vínculos parentales y que, por lo tanto, se traslada a lo social y a la cultura actual: me refiero a la sustitución del don de amor por la primacía de la satisfacción inmediata de la necesidad.

Los objetos reales cumplen un papel preponderante, a modo de “tapón”, a la hora de la imposibilidad de decodificar la demanda de un hijo. En dicha demanda se cuele el deseo, que por su naturaleza, en tanto metonímica, deslizante, nunca será plenamente satisfecho. *Aún más, muchas veces ni siquiera hay espacio para que la demanda se instale dado que los padres se adelantan.*

Esta dinámica es captada por las grandes empresas y por los medios de comunicación haciendo, a partir de ello, una política de ofrecimiento de quitapenas prometedoras de felicidad instantánea. Los jóvenes, al sentirse vulnerables, si no cuentan con referentes parentales sólidos, acuden y responde con mayor facilidad ante la fascinación puesta frente a sus ojos,

Alain Badiou, filósofo y dramaturgo francés, en su texto: *La verdadera vida. Un mensaje a los jóvenes*, hace un interesante desarrollo donde plantea, entre otras cosas, que estamos ante “una crisis histórica de la simbolización en la cual la juventud contemporánea padece su desorientación”<sup>1</sup>. En estos términos, Badiou se refiere a una juventud errante, desorientada.

Por cierto, entiendo que tal desorientación, en principio, no es patrimonio de los jóvenes, dado que en primera instancia la desorientación atraviesa a los adultos, quienes, inmersos en una errancia subjetiva, hacen tambalear y mutar los referentes identificatorios indispensables para el sujeto.

Quiero aclarar que cuando digo *errancia*, no me refiero a error, sino que tomo este término en el sentido de un movimiento psíquico desamarrado que genera desamparo en los hijos.

Con esta perspectiva, intentaré trabajar algunos lineamientos teóricos que proporcionen herramientas para aproximarnos al sentido, a esa otra escena, del orden de lo inconsciente, que sostiene, a quien padece, en una cruzada por la que hipotecan sus vidas.

Siempre fue un desafío intervenir en el abordaje de estos pacientes a partir de una lectura psicoanalítica por obstáculos de diversa índole, entre ellos, la interpretación que se hace en cuanto a la génesis del problema.

Tanto en el ámbito de la medicina como en el imaginario social, las cuestiones alimentarias se vinculan con los imperativos sociales de la época actual, en relación a la imagen corporal y los estereotipos de belleza. Se habla del cuerpo idealizado de las y los modelos, en el caso de la anorexia, sin reparar que una joven o un joven con esta patología, están lejos de parecerse a un modelo. De hecho, en situaciones graves, se parecen a un cuerpo cadavérico. Por cierto, hay modelos que sufren de anorexia, pero eso es otro tema que nada tiene que ver con la causa, con el origen, menos aún con el sentido arraigado en el inconsciente.

1 Badiou, A. (2017). *La verdadera vida. Un mensaje a los jóvenes*. Buenos Aires: Interzona Editora, p. 42.

Por lo tanto, propongo cuestionar algunas ideas instaladas en el ámbito de la medicina y en el imaginario social como causa de las problemáticas alimentarias.

Del mismo modo, el imaginario de salud pasaba, y aún sigue pasando en muchas familias, por la cantidad que come un niño. Es decir, más relleno y rebosante, “con más salud” pensarán algunos padres, madres, abuelos y abuelas.

A modo de ilustrar esta posición teórica, les cuento que en 1694, Richard Morton (médico inglés) describe lo que él designó como “consunción nerviosa”. Fue Charles Lasègue, médico francés, quien en 1873, describe la *anorexia histérica*. En 1883, Frenchman Huchard cambia la denominación a *anorexia mental*. Por aquel entonces, los parámetros de belleza no se asociaban precisamente con la delgadez.

Para desmitificar teorías arraigadas, les recomiendo un libro interesante: *Las indomables figuras de la anorexia* donde encontramos una exhaustiva investigación histórica y el desarrollo de los casos, como el de Sissí, la emperatriz de Austria, Antígona de Sófocles, el de la filósofa Simone Weil y el caso de Santa Catalina de Siena.

Además, hay que tener en cuenta que los criterios estéticos de la belleza fueron modificándose a lo largo de los siglos, como así también lo estético depende de cada cual y de la cultura a la que se pertenece. No hay que descontar la lectura filosófica y religiosa de lo bello. Sin desviarnos del tema, pongamos en consideración las diferentes maneras de intervención sobre el cuerpo en nombre de la estética.

Entonces, tratar de asociar y responsabilizar a la moda y a los estereotipos sociales es una manera de banalizar la gravedad y desentenderse de severos dramas o tragedias que atraviesan por generaciones a determinadas familias donde uno de sus miembros resulta el emergente de una verdad sujeta a lo inconsciente y que dicha verdad permanece oculta por la patología.

Entiendo que el médico -desde una posición ética- tendrá que acompañar al paciente en el interrogante por esas marcas imperceptibles, pero indelebles, producto de una historia, de un mito familiar y que impactan en el *soma*.

De la interpretación que se dé a estos padecimientos, dependerá la intervención terapéutica. Por ello, la confusión instalada por algunas teorías, son la base de tratamientos que cancelan el sentido y perpetúan el sufrimiento.

Quiero recuperar lo señalado respecto a que nos encontramos con pacientes tomados por el mecanismo de la repetición en acto, donde el objeto comida escapa de su función nutricional y ocupa el lugar de sustituto de una falla estructural psíquica.

En esta falla estructural, se ve trastocada la primacía del deseo por el orden de la necesidad. En la repetida incorporación y expulsión indiscriminada de la comida parece recrearse el vínculo narcisista con una madre a quien se le arroga un absoluto poder, y de la que intentan, de modo fallido, desprenderse.

Por su lado, se trata de una madre que, por su propia estructura psíquica, no pudo ceder a su niño ese don de amor y alojarlo como un otro diferente, perpetuando así el vínculo narcisista mediante la atención de las necesidades fisiológicas.

Si bien algo ya esbocé, aquí puedo hacer un correlato ilustrativo entre la modalidad materna y la modalidad de la sociedad: son modalidades que atiborran con objetos y palabras vaciadas de sentido. Modalidades que aplastan, capturan y devoran, sin mediar una *terceridad*, una ley desde lo paterno. Núcleo familiar y núcleo social, carentes de una ley que regule.

Esas idas y vueltas con el alimento parece ser la única manera que encuentran los pacientes para preservar un deseo, que se traduce en deseo de nada.

El acto es una posición indeclinable que los mantiene fiel en dos

direcciones: por un lado, es un recurso que hace tope a lo materno, en el sentido que en esta cuestión autoerótica con el objeto “comida” y el cuerpo, la madre, la familia y las instancias terapéuticas, no logran nada pese a la desmedida insistencia, “tenés que comer o no comas tanto”; por otro lado, en simultáneo, el paciente se asegura, mediante el recurso del acto, ese supuesto lugar ideal respecto a lo materno ya que pareciera no encontrar alternativa, desde lo estructural del psiquismo, de vislumbrarse en un más allá de ese lugar.

Por ello, el desencadenamiento, es precisamente en la pubertad y la adolescencia, instancias donde lo crucial es este pasaje del adentro al afuera. Al mismo tiempo, el cuerpo -desde lo somático- tiene que corresponder a lo erógeno. Punto de tensión donde el lenguaje se imbrica con lo orgánico. Es así que los pacientes tomados por la *pulsión de muerte* y el *autoerotismo* sostienen un cuerpo infantil a cualquier precio.

Les recuerdo lo explicado en el apartado *soma - cuerpo*, al establecer la diferenciación conceptual, remití al tema del trabajo libidinal, que supone, en cuanto al cuerpo, una relación con su imagen, indispensable para investirlo como cuerpo erógeno, objeto de amor y sacarlo de su condición meramente orgánica.

Esta operación, en el tránsito por el Edipo, no ha podido ser simbolizada y anudada al terreno de lo simbólico, del lenguaje y, por lo tanto, deviene en acto. No hay posibilidad de lectura de esa otra escena que los causa y los detiene en un discurso de *padecientes* y, por ende, se representan a través del padecimiento. Ocupan un lugar en lo familiar y fuera de lo familiar defendiendo su causa.

Desde lo descriptivo hay otro fuerte imaginario, se habla de “madres sobreprotectoras y exigentes”. Conviene instalar las siguientes preguntas: ¿Qué protegen, a quién protegen?, ¿qué exigen y qué se cuele en esa exigencia? También se dice que son hijos inteligentes, eficientes y con múltiples actividades. ¿A qué ideales responderán y qué se ahorrarán a

partir de este modo de respuesta? Reitero, desde el lugar de padecientes: ¿Qué lugar vinieron a ocupar en el linaje familiar?

En la queja materna se escucha: “No me come”. Sin embargo, literalmente: el hijo la ha ingerido pero no digerido, ni excretado. Los rituales del acto patológico dan cuenta de esa trama, de esa imposibilidad. Podría decir que hay un vínculo de devoración mutua.

Si bien el mayor porcentaje se describe en mujeres, sobre todo la anorexia; las problemáticas alimentarias también aquejan a los hombres. Esta diferencia, por cierto, tiene su lectura desde lo psíquico.

Antes de proseguir con los desarrollos, insisto en no desviarnos de la clínica del caso por caso, ya que si bien hay un hilo conductor común en la teoría, el sufrimiento de cada paciente responde a su singularidad histórica.

Si nos ubicamos en el primer tiempo del *Complejo de Edipo*, el niño al nacer se encuentra en estado de dependencia absoluta de quien cumple la función materna. Mediante el llanto, instrumenta su pedido y demanda a quien lo asiste, y es quien lo asiste el que da sentido, desde su propio campo simbólico, a ese llanto. Allí se suele instalar un primer malentendido del orden de lo mortífero y que resulta decisivo en el vínculo madre – hijo y en el destino del hijo. De hecho, en bebés y en la temprana infancia ya se pueden detectar problemas alimentarios.

Aquí, quiero introducir una observación que no necesariamente se asocia con estas problemáticas, pero que sí denotan dificultades. Por ejemplo, ¿se pusieron a pensar por qué para alimentar a un niño se recurre a entretenerlo con dibujitos en un celular o la televisión?, ¿por qué los padres van detrás del niño con el plato de comida sin poder incorporar el hábito de sentarse a la mesa familiar?, ¿qué pasa con lo intolerable que resulta para algunos padres que el niño o la niña juegue con la comida y se ensucie cuando, en definitiva, ese juego es un reconocimiento que reviste connotaciones simbólicas de aquello que incorporan?

Retomando la idea de que tanto la anorexia y la bulimia se ubican en

las denominadas *patologías del acto*, sitúo que, en los pacientes aquejados por tales dolencias, su condición de sujeto queda entre paréntesis, en tanto que las crisis, la compulsión a la repetición, los deja por fuera de discurso, cancelando la pregunta por el sentido. Atravesados por el dolor de existir y un profundo abismo interior, sin posibilidad de vislumbrar una proyección subjetivante, se aferran a lo único que los hace ser para el otro, ya que el otro parental, como dije, parece reconocerlo y necesitarlo en ese lugar.

Para finalizar, propongo considerar lo siguiente:

En cuanto al paciente bulímico, resulta interesante la idea de que, en la sucesión de los atracones, se puede leer un intento de reencuentro con el objeto de amor primordialmente perdido. Es decir, sería un modo inconsciente de recuperar lo que nunca tuvo. Mientras que, en la anorexia, el acto llevaría a vaciar al *Otro* primordial de su indelegable poder.

Señalé que la boca es una zona erógena por excelencia, destinada a hablar y al ingreso del primer don de amor, el alimento. Un asunto que no hay que olvidar, es que también sirve para besar.

Un dato clínico interesante: los pacientes con anorexia tienden a escapar de este enlace amoroso; mientras que los pacientes con bulimia, cuando relatan el enlace amoroso, el beso cobra ribetes particularidades.

Finalizo con una pregunta y un esbozo de respuesta: ¿Por qué la boca? Se me ocurre que la misma comienza con los labios que remedan un esfínter, con capacidad de regular o no lo que ingresa o sale, pero al mismo tiempo nos lleva a una cavidad, a un agujero, a un vacío.

Rosario, noviembre de 2021.