

Más allá de un cuerpo perfecto: melancolía y anorexia

Beyond a perfect body: melancholia and anorexia

Araceli Valdovinos Armenta¹

Betzaved Palacios Gutiérrez²

*Facultad de Psicología,
Universidad Autónoma de Querétaro.
México*

Resumen

El presente artículo tiene como propósito abordar desde una mirada psicoanalítica la articulación de la anorexia con la melancolía, considerando que en algunos casos la primera es síntoma de la segunda. Vista como síntoma, el psicoanálisis puede confirmar que la anorexia es algo más que una simple respuesta a una demanda social, pues encierra aspectos psíquicos que la provocan. Por su parte, la melancolía es considerada como un duelo no tramitado por una pérdida significativa. Ambas, de manera independiente o juntas, pueden llevar al Yo a su propio límite, de modo que quien se encuentra inmerso en estas vivencias puede ser conducido al borde de su propia existencia. Para entretejer la posible vinculación entre melancolía y anorexia que aquí nos ocupa, puntualizamos la función de las pulsiones que empujan más allá del principio del placer, tomando en cuenta que, tanto en la anorexia como en la melancolía, el Yo sufre autoagresiones, desinterés por alimentarse y poca valía hacia sí mismo. Lo anterior tiene que ver con la identificación que se pone en juego, el ideal que se admira y se capitaliza con fines autodestructivos, encontrándose más del lado de la pulsión de muerte. De manera concluyente se puede decir que en la anorexia el deseo está oculto, no se reconoce a sí mismo, pues hay una demanda a un Otro que insiste en hacerse escuchar y que, al no lograrlo, provoca que el ideal del Yo trabaje en favor del goce.

Palabras clave: duelo, melancolía, anorexia, masoquismo, goce.

¹ Maestría Psicología Clínica. Contacto: avaldovinos@itjqro.edu.mx.

² Maestría Psicología Clínica. Contacto: bettza@gmail.com

Abstract

This article aims to address, from a psychoanalytic viewpoint, the connection between anorexia and melancholy, considering that in some cases the first is a symptom of the second. Seen as a symptom, psychoanalysis can confirm that anorexia is more than a simple response to a social demand since it involves the psychic aspects which provoke it. On the other hand, melancholy is regarded as unprocessed grief due to a significant loss. Both, either independently or together, can take the ego to its limit so that anyone immersed in these experiences can be driven to the boundary of his/her own existence. In order to connect the possible link between melancholy and anorexia which concerns us here, we highlight the function of the drives that push beyond the principle of pleasure, taking into account that with both, anorexia and melancholy, the ego suffers self-inflicted aggressions, a lack of interest in eating and low self-esteem. This has to do with the identification which is put at risk, the ideal that is admired and capitalized on with self-destructive ends, found more on the side of the death drive. It can conclusively be stated that in anorexia desire is hidden, it does not recognize itself since there is a demand for an Other which insists on being heard and that, if this is not achieved, causes the ideal of the ego to work in favor of joy.

Key words: grief, melancholy, anorexia, masochism, joy.

Introducción

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, mejor conocido como DMS-TR, en su quinta versión clasifica a la anorexia nerviosa, como “una alteración grave de la conducta alimentaria, que es acompañada o causada por distorsión de la percepción de la propia imagen corporal”. La anorexia junto con la bulimia y el trastorno de la conducta alimentario no especificado, es una alteración de la conducta que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. En este manual se especifican dos tipos de anorexia: restrictiva y compulsiva³ y consignan también los criterios para el diagnóstico de este trastorno que ha sido considerado por la psiquiatría de los siglos XIX y XX del mismo modo que las psicosis y las neurosis:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento,

³ Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Se hace manifiesta la pérdida de peso por dietas, ayuno y/o el ejercicio excesivo. Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de Anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. eje., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association p192)
Consultar <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/0>

- dando como resultado un peso corporal inferior al 8% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
 - C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
 - D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Las consecuencias que puede provocar la anorexia son diversas y graves, van desde desequilibrios metabólicos y orgánicos hasta la muerte por inanición. Paradójicamente, la apariencia de quienes padecen este trastorno no es una agradable, pues rápidamente pasan de la delgadez que ansiaban a una tan extrema que proyecta debilidad y enfermedad.

Si bien existen enfermedades y actitudes de tipo obsesivo-compulsivo asociadas a la anorexia, el origen de este trastorno está estrechamente relacionado con ámbitos socioculturales específicos y con los *ideales*, a partir de los cuales se construyen. La abundancia de comida y la delgadez como modelo de lo atractivo son consideradas promotoras en las sociedades industriales del aumento de los casos de anorexia nerviosa. La importancia de los factores socio-culturales se hace evidente en personas que, procedentes de zonas en donde la anorexia nerviosa es poco frecuente, se ven impactadas al llegar a otros lugares en donde este trastorno es más prevalente, por la asimilación del ideal del cuerpo delgado, sinónimo de belleza (Asociación Siquiátrica Americana, 1995).

Es precisamente este constructo de un *ideal* el que motiva mi interés para analizar una posible vinculación entre anorexia y melancolía. En el DMS-IV la melancolía no es considerada como una entidad independiente que pudiera clasificarse dentro de los trastornos mentales y mucho menos es asociada a la anorexia. Mientras que en el DSM-5 se enlista a la anorexia como una de las *características melancólicas* de los trastornos depresivos. No obstante, como se verá más adelante, para el psicoanálisis la melancolía es un fenómeno patológico que ha sido estudiado por Freud (1915/2008) con base en un desencadenante común con el duelo: la pérdida de un objeto amado o un ideal.

¿En qué momento un duelo puede ser vivido como melancolía?, ¿bajo un estado de melancolía pueden desencadenarse síntomas anoréxicos como formas de autoagresión o deseo de muerte?, ¿puede ser la anorexia, al menos en algunos casos, un síntoma de la melancolía en la que el sujeto agrede su

propio cuerpo con un propósito no velado hasta desembocar en muerte?, ¿es la anorexia una forma de autoagresión en un estado de melancolía?

Todos los seres humanos pasamos por trances difíciles de superar, pérdidas significativas de objetos de amor, no sólo de personas amadas, sino también de objetos materiales e, incluso, de ideales que no se logran alcanzar. Al analizar los factores internos que provocan una desestabilización en el individuo surge la pregunta: ¿por qué algunas personas que viven las mismas experiencias trágicas asimilan de una manera apropiada su pérdida, viviéndola como duelo, mientras otras no lo logran? Parte de la respuesta parece radicar en la no resolución de un duelo, lo que conduce a la melancolía, a su vez responsable de investir al Yo con agresiones que esconden un deseo de muerte; en el caso de la anorexia, este deseo es proyectado en el cuerpo delgado, débil e imposibilitado para hacerse cargo de sí mismo.

La llamada anorexia nerviosa es un problema actual en la que cada vez más personas quedan atrapadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la anorexia como la tercera enfermedad crónica que afecta a la población mundial de adolescentes entre el 0.5 al 3%. El 90% de quejados de anorexia son mujeres, y se calcula que una de cada cien niñas y adolescentes padece de anorexia (*Anorexia y bulimia: Enfermedades definidas por trastornos emocionales*, 2011). El Instituto Nacional de Psiquiatría (Secretaría de Salud, 2007) ha registrado un incremento de quince veces más, en casos de anorexia, de 1992 a 2002. En México, nueve de cada diez casos se presentan en mujeres, en tanto uno de cada seis casos lo padecen los hombres (UNAM, 2011). Según señala la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la presencia de conductas alimentarias de riesgo, con predominio en la población femenina adolescente, se ha convertido en un problema social. Los resultados de la encuesta citada muestran que 18.3% de los jóvenes reconocieron su preocupación por engordar, comer demasiado e incluso por perder el control para comer (Secretaría de Salud, 2007).

En este trastorno hay una alteración grave de la percepción de la propia imagen ante el deseo de tener un cuerpo perfecto según un prototipo de belleza inalcanzable que considera la extrema delgadez como uno de sus principales atributos. Sin embargo, con una perspectiva psicoanalítica, detrás de la anorexia hay mucho más, en algunos casos una posible vinculación con la melancolía.

La articulación anorexia-melancolía es descuidada por la mirada parcial de la psiquiatría, la psicología y la nutrición, circunscrita a la autorresistencia de alimento con fines de alcanzar la delgadez del cuerpo, como exigencia de la estética imperante en nuestros tiempos. Mientras que el psicoanálisis atendiendo a la particularidad de cada caso tiene presente, la singularidad del síntoma; el rechazo al alimento es leído no como trastorno de la alimentación, sino como una formación inconsciente en las que cabe suponer el entramado entre melancolía y anorexia. Es enfoque funda-

mental, para pensar esta articulación, melancolía-anorexia, la formulación freudiana (1917/2008) que afirma una pérdida de apetito en algunos casos de melancolía. Formulación que se ve enriquecida con los aportes de Jean Laplanche (1973) acerca de la pulsión de muerte y la forma en que Cecilia Pieck (2007) reconoce el abordaje de la anorexia, en el caso por caso, en su relación con las estructuras clínicas. Asimismo cabe considerar algunos señalamientos provenientes del campo de la psiquiatría que puedan resultar pertinentes en la comprensión del vínculo entre anorexia y melancolía (Behar, 2010).

Si se tiene en cuenta, a juicio de Behar (2010), para quien en este trastorno no hay falta de apetito, sino un esfuerzo compulsivo por evitar la ingesta de alimentos, es inevitable descartar en los casos así diagnosticados problemas de tipo fisiológico que tuvieran como consecuencia la falta de la sensación de hambre; en este sentido, las conductas restrictivas de quienes padecen anorexia son agresiones autoinfligidas y, por tanto, motivadas por algo más que una enfermedad asociada a la falta de hambre.

Behar (2010) considera que entre las explicaciones que se ha dado al origen de este trastorno destacan aquellas que se atribuyen a factores externos, en específico a entornos socioculturales que promueven un ideal estético obsesivo en cuanto a la extrema delgadez, pero ¿es suficiente, por sí mismo, el deseo de tener una silueta corporal “bella” según estos cánones para que una persona se someta a regímenes alimentarios que conducen a la muerte?

Si bien se ha constatado que la anorexia es un trastorno relacionado con la introyección de estándares culturales en torno a lo que es bello o no dentro de las sociedades de consumo, parecen existir condiciones psíquicas internas de los sujetos que los conducen, vía esta búsqueda del ideal construido socialmente, más allá de los límites, hasta el ámbito del deseo de muerte (Behar, 2010). ¿Realmente lo que se desea es lograr a cualquier costo una figura esbelta?, ¿cuál es la demanda, a quién se dirige el sacrificio de autoagresión y en qué momento llega el deseo de muerte?, ¿puede ser la anorexia un síntoma de la melancolía, como duelo no resuelto que merma al Yo?

La construcción sociocultural del cuerpo

En el estudio sobre los trastornos alimentarios, específicamente en lo que atañe a la distorsión de la imagen corporal, se alude frecuentemente a la construcción sociocultural del cuerpo y a los ideales construidos en torno a la imagen que son socialmente aceptados. Como indica la psiquiatra chilena Rosa Behar (2010),

la imagen corporal ideal se va plasmando por los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad, de tal manera que

las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo (p.319).

Bajo la premisa de que la corporalidad se encuentra ligada irremediablemente a lo social y a lo cultural han surgido diversas teorías en torno a las vías de internalización del ideal estético cultural que conduce a los trastornos de la conducta alimentaria, considerando que estos son específicamente síndromes ligados a la occidentalidad (es decir, propios de las sociedades basadas en la producción y el consumo). Así, se refieren varios factores de tipo sociocultural como desencadenantes de este tipo de trastornos. El aspecto físico es evaluado en base a los estereotipos estéticos de moda, promovidos por los medios de comunicación. Estos medios influyen en la sociedad, transmitiendo una cultura de la imagen, del culto narcisista al cuerpo; la figura delgada se relaciona con el poder, el éxito y lo atractivo. Los estereotipos estéticos vinculados a un estatus económico llegan a propagarse de modo masivo (Behar, 2010).

Pero si bien la cultura permea e influye sobre un ideal colectivo en los sujetos, éste se entrelaza con las identificaciones propias o singulares de cada individuo. El cuerpo, que se modifica desarrollándose en su masculinidad o feminidad, es un cuerpo biológico, imaginario, sensorial y erógeno que se construye también a partir de la mirada de otro, por lo que es un cuerpo investido socialmente a partir de expectativas socio-culturales. No obstante, así como hay una influencia del entorno transmitido como una moda de la época actual (la aspiración a un ideal de juventud y belleza procurando una figura estética o delgada), también hay algo más interno del propio sujeto, algo que el psicoanálisis ha relacionado, en algunos casos de anorexia, con la melancolía.

Melancolía y duelo

En *Duelo y melancolía*, Freud (1917/2008) menciona que la vida nos enfrenta a pérdidas significativas de objetos de amor o de una abstracción que ocupe ese lugar como la libertad, la patria o de algún ideal, lo cual provoca falta de interés por el mundo exterior en el sujeto, se deteriora la capacidad de amar y se sufre por la inhibición de algunas funciones. El duelo es considerado como un afecto normal, a pesar de que por el dolor que causa, las reacciones que genera provoquen ciertas desviaciones en la conducta, tales como negación, enojo y evasión. El duelo es un proceso que tiene que vivirse para posteriormente superarlo. Sin embargo, algunas personas con aparente disposición enfermiza, vivencian melancolía en lugar de duelo.

El objeto de amor ya no existe, de modo que queda liberada toda la libido depositada en dicho objeto. Como esto es tan intenso para el sujeto,

éste puede pasar por un extrañamiento de la realidad, tratando de retener el objeto mediante una psicosis alucinatoria de deseo, ya que es la manera en que se puede conservar al objeto en lo psíquico. En un proceso normal de duelo, llega el momento en que el Yo toma conciencia de que el objeto amado ya no existe, clausura las investiduras y la libido anudada al objeto, provocando una realidad sumamente dolorosa al individuo.

En algunos casos el dolor no se vive ante la pérdida de un objeto real, puesto que pudiera ser que el objeto viva pero que ya no ocupe el lugar de objeto de amor. Es un proceso de duelo no tramitado lo que da origen a la melancolía en la cual, lo mismo que en la anorexia, el sujeto se degrada a tal punto que muestra un pobre concepto de sí; el Yo merma y, por tanto, no es apreciado. En la melancolía se puede saber quién se perdió (el objeto de amor) pero no lo que se perdió en él. Mientras que en el duelo el mundo es pobre y vacío, en la melancolía es el Yo quien se ha hecho pobre y vacío.

Es por ello que el Yo se denigra y desprecia, esperando también que los demás lo repudien y lo humillen por sentirse indigno. El sujeto, ha sufrido una pérdida en el objeto; pero en sus declaraciones se hace patente que se trata de una pérdida en su Yo (Freud, 1917/2008). El sujeto considera tener buenas razones para humillarse, en tanto la pérdida sufrida le provoca sentirse de esa manera. Todo esto provoca al sujeto insomnio y falta de apetito, se siente sin un motivo para vivir; ha perdido el sentido por la vida y no le importa recuperarlo. Se puede pensar que en la anorexia estas acciones llevan a una agresión de su propio cuerpo, castigo o deseo de muerte, que quizá cumplirá al final el desenlace.

En la melancolía y en el duelo se viven sentimientos de inmenso dolor frente a la pérdida, falta de interés por el mundo exterior, desinterés por un nuevo objeto de amor, de tal manera que no se permite distracción con alguna actividad productiva que no relacione sus recuerdos con el ser amado. Pero en la melancolía se presenta una perturbación del sentimiento de sí. La conciencia moral incita reclamos que pocas veces tienen que ver con su propia persona, más bien concuerdan con el objeto amado.

Es entonces que los reproches son encubiertos: en lugar de ser dirigidos al objeto de amor, son revertidos a la persona misma. El Yo es investido por la libido a causa de un desengaño u ofensa provocada en la elección de objeto, la investidura es cancelada al ser poco resistente y en lugar de desplazarse a otro objeto se repliega y retira sobre el Yo mismo; al vencer la débil resistencia, se establece una identificación muy fuerte del Yo con el objeto resignado.

Amar es una función del Yo. La autoestima puede ser rebajada por el amar como ansia o privación, es decir, mientras el individuo sea amado y tenga su objeto de amor se eleva su autoestima, pero ésta baja cuando la satisfacción de amor es imposible. Cuando se logra retirar la libido del objeto, trasladándola a sí mismo, se da la llamada mudanza al narcisismo.

En el enamoramiento, el objeto de amor es investido con libido yoi-ca. Dicho objeto es idealizado, siempre y cuando cumpla con su ideal de amor. Por ello se ama a lo que le falta al Yo para alcanzar el ideal. Freud (1914/2008) comenta que el sentimiento de omnipotencia permite acrecentar el sentimiento de sí, “y en la vida amorosa, el no-ser-amado deprime el sentimiento de sí, mientras que el ser-amado lo realza. Hemos indicado ya que el ser-amado constituye la meta y la satisfacción en la elección narcisista de objeto” (p.95).

Anorexia y melancolía

La relación de la melancolía con la anorexia fue estudiada por Freud; algunas de sus consideraciones al respecto sirven como eje del análisis que aquí se presenta. En el *Manuscrito G*, Freud (1895/2007) plantea los puntos de partida para comprender dicho vínculo: 1) En la melancolía al igual que en el duelo se añora lo perdido, sin embargo en la melancolía se produce una pérdida de la vida pulsional. 2) La anorexia es la neurosis alimentaria semejante a la melancolía. Es por ello, que se considera a la anorexia nerviosa de las mujeres jóvenes, una melancolía sin una sexualidad desarrollada. Freud establece relación entre la pérdida de deseo sexual –de libido- con la pérdida de apetito.

El deslinde freudiano entre el duelo y la melancolía, en términos del tema que estamos abordando, la relación de la melancolía y la anorexia, se verá enriquecida con lo que plantea respecto a la fase oral un año después en el historial clínico del Hombre de los Lobos (1918/2009). Este paciente “...presentaba una falta de apetito, interpretada como un proceso de carácter sexual de la fase oral o caníbal y que expresaba el miedo a ser devorado por el lobo, y esto era el de servir de objeto sexual a su padre” (Rosas, Pérez, e Iglesias, 2007, p.9). Mientras que en *Psicología de las masas* (1921/2008) aclara que la identificación se antepone a la investidura de objeto, distinguiéndose de ella; asimismo comportándose como un retoño de la fase oral (primera fase).

Posteriormente, Freud (1923/2008), en *El Yo y el ello*, menciona que una investidura de objeto es remplazada en la melancolía por la identificación, pero no es algo que se de únicamente en la melancolía, sino un proceso muy usual. Las identificaciones regresivas entran en el carácter del sujeto, siendo las más tempranas las que constituyen el núcleo del *Superyó*, provenientes del sepultamiento del Complejo de Edipo.

El odio aparece de manera frecuente junto al amor. La pérdida del objeto de amor puede permitir que salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor; éste se traslada a lo negativo y con ello sobreviene la enfermedad. Las pulsiones buscan cumplir sus necesidades de placer y evitar el displacer; los destinos de pulsión pueden cambiar su meta u objeto.

Para Freud (1917/2008), la melancolía determina la elección e identifi-

cación con el objeto, y muestra una estructura narcisista. La disposición a contraer melancolía surge a partir de una identificación narcisista; ello tiene que ver con lo que sucedió al liberarse la libido, cuando no se desplaza a otro objeto, sino que se dirige al Yo, sirve para establecer la identificación entre el objeto designado y el yo; es así que pasa de ser una pérdida de objeto a ser una pérdida del Yo “yo crítico y yo alterado por identificación” (p.247).

Es así que en la melancolía la investidura de amor depositada en el objeto ha regresado a la identificación, pero bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, revertida en odio hacia sí mismo; lo que empuja al Yo hacia su autodestrucción, al suicidio, o tratarse a sí mismo con hostilidad e ira en lugar de desplazarlas hacia el mundo exterior. Por ello, en la melancolía el Yo sufre autoagresiones, desinterés por alimentarse y poca valía hacia sí mismo; tal como sucede en la anorexia, esto tiene que ver con la identificación que se pone en juego.

En lo que respecta al amor, se muestra una ambivalencia de sentimientos, ya que la pulsión se puede mudar a su contenido contrario, que se dirige hacia el mismo objeto. El amar es susceptible a tres oposiciones: amar y odiar, se oponen al estado de indiferencia; amar y ser-amado, tiene que ver con la vuelta de la actividad a la pasividad; por último, amarse a sí mismo, es la característica del narcisismo.

Freud (1915/2008) considera que la etapa previa del sadismo es la etapa narcisista. Las acciones autopunitivas mandan un mensaje de castigo y martirio a los objetos originarios, al entregarse a su enfermedad y mostrarles hostilidad. Los dos primeros destinos de las pulsiones dan cuenta de lo que sucede, “el trastorno hacia lo contrario”, que es la vuelta de una pulsión de la actividad a la pasividad en cuanto a la meta de martirizar a ser martirizado (el martirizarse puede ser dejar de comer y sufrir por ello, como sucede en la anorexia).

En *Pulsiones y destinos de pulsión*, Freud (1914/2008) menciona que el trastorno en cuanto al contenido se refiere a la mudanza de amor en odio; así mismo a “la vuelta hacia la persona propia” que tiene que ver con autolesiones y agresiones: “el masoquista goza compartidamente la furia que se abate sobre su persona, y el exhibicionista su desnudez. Lo esencial en este proceso es entonces el cambio de vía de objeto, manteniéndose inalterada la meta” (p. 122)

Pero en la melancolía no necesariamente la pérdida conlleva a la falta: puede reconocerse que esa pérdida pudiera ser ideal, el objeto de amor puede no estar muerto, pero sí perdido como objeto de amor. Al sufrir una pérdida no son claros los efectos que pueden producirse en la vida posterior. Es importante señalar que pérdida y falta no son equivalentes: toda pérdida puede generar o no una falta, pero no hay falta sin una pérdida previa, sin una sustracción; hay ocasiones en que se puede perder la falta.

¿Qué perdió el sujeto que padece anorexia, cuál es su falta? Pareciera

que le hace falta su falta, ya que está más dirigida al goce, a la auto-agresión; se castiga no comiendo a pesar de tener hambre, pero ese castigo va dirigido a un Otro, no percibe un reconocimiento de ese Otro y es por ello que su valía decae. Al parecer, tanto en la anorexia como en la melancolía existe una meta masoquista. Freud (1914/2008) menciona que en la meta masoquista el sujeto siente dolores, pero es a partir de ello que puede surgir la meta sádica produciendo dolores en otro, mientras la persona misma los goza de manera masoquista al identificarse con el objeto que sufre:

Desde luego, en ambos casos no se goza el dolor mismo, sino la excitación sexual que lo acompaña, y como sádico esto es particularmente cómodo. El gozar del dolor sería, por tanto una meta originariamente masoquista, pero que sólo puede devenir meta pulsional en quien es originariamente sádico (p.124).

El masoquismo es sin duda un sadismo vuelto hacia el yo propio, al mismo tiempo que ese mensaje es dirigido a Otro (el dolor que pueden sentir los padres al ver a su hija o hijo consumirse hasta desfallecer, por ejemplo). Podría pensarse simultáneamente en el goce para la propia persona, goce por morir poco a poco. Sólo el sadismo jugado en la melancolía revela la inclinación al suicidio, pero únicamente se puede dar muerte a sí mismo si se es tratado como objeto. ¿Son entonces las pulsiones sexuales o las pulsiones de autoconservación quienes provocan autoagresión y el deseo de muerte en el sujeto?

La agresividad es humillar, dominar y causar dolor, puede ser dirigida hacia el exterior como si el sadismo se tratara de una pulsión sexual, pero cuando no lo es puede también ser una pulsión de dominio, lo cual cambia el concepto de ser sádico a ser agresivo, siendo en este último que el individuo destruye todo lo que encuentra. La auto-agresión se desarrolla en un plano de auto conservación, mientras que el sadismo y el masoquismo se encuentran en el plano de la sexualidad.

En quien padece anorexia se muestra una autoagresión al propio cuerpo limitando la ingesta de alimento a pesar de las consecuencias que ello conlleva. El sujeto se trata como objeto, la libido es descargada hacia sí mismo, se posiciona ante el Otro para que sufra viéndole como objeto; son las pulsiones sexuales las que le dan un goce. En el Manuscrito G, Freud (1895/2007) menciona que en la melancolía hay una pérdida de libido, así como una pérdida de apetito sexual, igual que en la anorexia.

Se pierde la libido, pero entonces ¿cómo se da el goce? En *Duelo y Melancolía*, Freud (1917/2008) hace referencia al sadismo como inclinación al suicidio, en estado de melancolía, bajo una situación de angustia se libera monto gigantesco de libido narcisista proyectándose y amenazando su propia destrucción. Es por ello, que la melancolía suele ser tan peligrosa para el individuo, quien sufre autoagresiones e incluso en ocasiones puede llegar al suicidio.

Freud menciona que hay signos graves compartidos en la melancolía y la anorexia: la privación de la alimentación que pone en riesgo la vida del sujeto y, las conductas autoflagelantes, autodestructivas, dirigidas al cuerpo. Estos signos, presentes en la anorexia, pueden ser propios de neurosis obsesiva y en casos más graves de melancolía.

Los contextos de la anorexia

Según Jacques Maitre (como se citó en Pieck, 2007), el nombre correcto de la llamada anorexia nerviosa tendría que ser *inedia*, ya que se trata de la propia decisión de no comer a pesar que se tiene hambre; no es provocada por la falta de hambre, sino por el miedo a comer y no conseguir una silueta delgada. Quienes padecen anorexia nerviosa reducen la ingesta de alimentos cada vez más, hasta llegar al punto de no comer en varios días, rechazan los alimentos que consideran elevados en calorías, están muy al pendiente de lo que ingieren, aún estando abajo del peso normal tienen una obsesión por adelgazar, perciben alterada su imagen corporal y suelen no admitir la gravedad de la situación.

Pieck (2007) retoma el contexto del misticismo religioso donde se considera la *inedia* como un signo de santidad: “La vida del ayunante era admirada y valorada por todo el entorno (...) circulaban relatos de santos, al modo de leyendas o mitos, que milagrosamente se conservaban vivos con el sólo alimento de la eucaristía” (p. 35). Muchos de estos ayunantes extremos murieron de hambre, entre ellos Catalina de Siena, quien fue considerada santa. La *inedia* formaba parte de los diversos sacrificios (autolesiones, no dormir o hacerlo en el suelo, infligir dolor al cuerpo, etcétera) que tenían un destinatario: el Otro, Dios en el caso de algunas místicas.

Pero el caso de los místicos es distinto al de las personas que en la actualidad padecen anorexia nerviosa, aunque en común tienen el ofrecimiento de un sacrificio dirigido a un Otro en un entorno que, aunque de diferente manera, aprueba la “disciplina” y el “control” que supone dejar de comer para “agradar” a quienes se dirige esta acción. Lo que cambia son los factores que en un contexto y otro propician la anorexia; factores personales, familiares y sociales que se entretajan de un modo complejo, entre ellos un deseo inconsciente que provoca goce con la enfermedad hasta lograr el desenlace: la muerte.

La anorexia como síntoma de la melancolía

Algunos síntomas constituyen una forma de estar en el mundo; en el caso de la anorexia, la vida de quienes la padecen se organiza en torno a la comida y ésta a su vez está estrechamente vinculada con los primeros objetos de amor. Freud considera que el niño tiene una dependencia de la madre desde que nace, de ella requiere todos los cuidados, lo mismo para cubrir sus necesidades básicas como para aquellas de tipo emocional (amor, se-

guridad, etcétera) (Pieck, 2007). Para el niño, los primeros objetos de amor son los padres, en particular la madre, pues es ella quien suele alimentar al bebé mediante amamantamiento; cuando surge el destete hay un objeto perdido. Si pensamos que es a partir de la relación con la madre que se establece la relación con la alimentación, en la anorexia es muy clara la existencia de una demanda oral que tiene una relación estrecha con quien la provee, es decir, con la madre.

Asimismo, es posible que en la anorexia entren en juego las identificaciones, establecidas igualmente en los primeros meses de vida del bebé. Las identificaciones definen la vida sexual en la vida adulta, se da una libidinización del objeto materno, al mismo tiempo que se da la identificación con el padre en el caso del niño; contrario a lo que sucede con la niña, quien tiene que cambiar su primer objeto de amor. Es así que en la identificación el objeto es perdido, pero en el Yo se conserva el modelo del objeto perdido y es sobre-investido por el Yo, el cual se pone a su servicio, perdiendo el Yo parte de su amor y depositándolo en el objeto. El padre como modelo de identificación constituye el ideal. El ideal se conforma por el “yo ideal” depositario del narcisismo y el “ideal del yo” en el Superyó que se encarga del cumplimiento del ideal.

La identificación se da a partir de la ligazón afectiva que existe con otra persona. Para Freud (1921/2008), la identificación “muestra entonces dos lazos psicológicamente diversos: con la madre, una directa investidura sexual de objeto; con el padre, una identificación que lo toma por modelo” (p.99). En la identificación el objeto se ha perdido de alguna manera, puede ser que se haya abandonado. Este objeto perdido puede constituirse nuevamente en el Yo que sigue el modelo de objeto perdido para transformarse. Al darse un vasallaje del Yo hacia el objeto, el Yo pierde parte de su amor propio cediéndolo al objeto y poniéndose a su servicio.

Como el sentimiento de culpa es inconsciente, el enfermo se niega a sanar. Freud (1920) llama a esto “reacción terapéutica negativa”: entre más se dé una exigencia del ideal, más se agrava la enfermedad, sin sentimiento de culpa. Esto tiene que ver con el Yo subordinado al Superyó, condenando al Yo al obligarlo a lograr el ideal. El sentimiento de culpa se encuentra entre el Ideal del Yo y el Yo. Se da una preocupación excesiva por la imagen reflejada que no coincide con las dimensiones del ideal corporal, se vive con autorreproches y exigencias dirigidas a la propia persona.

Pero esta demanda es dirigida a alguien, a otro, y es inalcanzable, ya que lo que se busca no se puede lograr y provoca dolor. Puede tratarse de una demanda de amor a Otro que encierra una necesidad de aceptación incondicional o puede ser una demanda de lograr ese ideal por el que se desfallece sin alcanzarlo. Estas demandas no son descubiertas y pueden originar acciones, actos y/o pasajes al acto. Las acciones autodestructivas, a través del masoquismo, infringen dolor al cuerpo; tal es la tarea de las

pulsiones para lograr su satisfacción que se revierten hacia el propio sujeto, pero lo que se busca es ese cumplimiento de satisfacción sin importar que se llegue a la muerte. El Yo queda atrapado en lo corporal en la imagen que idealiza la perfección, el principio de placer logrará colocarse más allá, con sus sensaciones de placer y sufrimiento, a través de autoagresiones al propio cuerpo.

En la anorexia, el ideal se refleja, por un lado en un ideal corporal y, por otro, en los autorreproches y exigencias dirigidas a la propia persona en torno a la imagen del cuerpo. El mandato es no comer nada para lograr el ideal del cuerpo, delgado a cualquier precio; hay un reproche si se come algo por el temor a engordar. Pieck (2007) menciona que

es posible que la identificación de una joven que padece anorexia, de este siglo, con la imagen de una actriz pase por el amor a su propio Yo ideal. En efecto, el amor a la imagen del cuerpo no tiene en ella su fuente. El amor a la imagen surge de la mirada del Otro (p. 56).

Lacan (1949/1989 y 1960/2009) considera a la mirada conformadora del Yo en el orden de las identificaciones; el lenguaje, a través de la voz del Otro y la mirada, le confirman al niño que él está ahí: cuando el niño entiende “soy yo” se da el reconocimiento del Yo en el espejo. A partir de este reconocimiento se da lugar al Yo como sujeto de enunciación y de actos, cuando éste accede al lenguaje. El reflejo del cuerpo propio le permite al niño organizar no sólo su imagen sino también su espacio, asignándose un lugar para expresarse y tener acceso al deseo, asumiendo su Yo. Al respecto, Pieck (2007) menciona que en la anorexia la sensación de hambre se mantiene como un aspecto relevante, ya que el yo se apropia de todas las sensaciones corporales y queda marcado el real del cuerpo por esta experiencia.

Al ser vista, la imagen desencadena efectos en el cuerpo, entre otros la función de la *imago*, en donde se da una relación del organismo con su realidad, es decir, el *Innenwelt* con el *Umwelt*. Pero en la anorexia no coincide la imagen del cuerpo reflejada en el espejo, esta última contiene algo deplorable que los otros no logran ver, quien padece anorexia ve un cuerpo gordo que no concuerda con la imagen ideal, con el Yo ideal constituido por la mirada del Otro.

Al inicio de su vida, el bebé tiene necesidad de alimento, posteriormente esto se transforma a una demanda de amor: empieza a necesitar de las palabras y el amor de la madre, no sólo su presencia física. Se trata del don de amor, cuando falta se da la frustración, ya no por falta de alimento, puesto que el niño está inmerso en mundo simbólico y requiere del don de amor más que del alimento. Lacan (como se citó en Pieck, 2007), considera que la satisfacción del alimento es un símbolo de amor que la madre proporciona a través de su amor, palabras y alimento, provocando una satisfacción simbólica, de mayor importancia que la satisfacción real del hambre; se

incorpora la palabra como alimento. El cuerpo no es sólo imagen para la mirada de Otro, también se tiene placer en la sensación de vacío por falta de alimento en el cuerpo. La culpa conduce a privarse del alimento: quienes padecen anorexia adquieren identidad al poder decidir no alimentar su cuerpo, es de lo único que se pueden apropiar. El Superyó es el que obliga a gozar al Yo, motivado por ese Otro que no deja de exigir, un Otro ya interiorizado, algo que los padres tratan de sostener.

El Otro es omnipotente y el sujeto trata de sostenerse de ese Otro, por lo que las palabras son más importantes que el alimento. Así, en la anorexia, como en las adicciones, se involucra el cuerpo que percibe sensaciones y que es observado como una imagen. Sin embargo, como hemos dicho, en la anorexia hay una demanda de amor en juego: algo insiste en ser escuchado y mientras no se registre la demanda no se puede transformar en deseo, puesto que no se reconoce.

Conclusiones

Este texto permitió transitar por los caminos de la anorexia en algunos casos como síntoma de la melancolía. La anorexia es considerada paralela a la melancolía, ya que no se come, no por falta de apetito, la pérdida tiene correlación con una pérdida de libido en lo sexual, en ambos casos.

Del mismo modo que un melancólico, quien padece anorexia no es consciente de la pérdida que ha sufrido, su Yo se encuentra empobrecido, sintiéndose insignificante, deposita su valía en la delgadez y, por tanto, lo primordial es conservarla, incluso a costa de su vida. Tanto en la anorexia como en la melancolía se muestra una identificación narcisista en la que se establece la identificación entre el objeto perdido y el Yo. Así, pasa de ser una pérdida de objeto a ser una pérdida del Yo. El Yo sufre autoagresiones, desinterés por alimentarse y poca valía hacía sí mismo. El amor revertido en odio hacía sí mismo provoca autodestrucción, las pulsiones llegan a empujar con ira incluso hasta llegar al suicidio.

En ambos casos hay sadismo y masoquismo. La meta sádica produce dolor en otro, el Otro que sufre por ver desfallecer a quien se deja morir de inanición. Al mismo tiempo, se goza de dolor propio masoquistamente: al no alimentar su propio cuerpo a pesar de tener hambre, hay un goce de morir poco a poco, un suicidio lento. Como se mencionó anteriormente, el sadismo que se vive en la melancolía revela la inclinación al suicidio, pero sólo si se es tratado como objeto se puede dar muerte a sí mismo.

Como instancia crítica, el Superyó no quiere renunciar al castigo, exige y condena cuando no se coincide con el ideal, inflige al Yo, emerge el sentimiento de culpa provocando tensión entre el Ideal del yo y el Yo. En la anorexia el ideal se refleja en un ideal corporal: debido a que la imagen del cuerpo reflejada en el espejo no coincide con ese ideal, el Yo ha perdido parte de su amor propio, surgen autorreproches y exigencias dirigidas a

la propia persona en torno a su imagen. Quien padece anorexia ve algo lamentable en su imagen corporal que los demás no logran percibir debido a que no concuerda la imagen ideal con el Yo ideal constituido por la mirada del Otro y no en sí mismo. En las personas que padecen anorexia se pone en juego la identificación con ese ideal que admiran. En todo caso, este modelo ideal se capitaliza con fines autodestructivos. El ideal se torna una exigencia más del lado de la pulsión de muerte, se coloca a favor del goce.

Se puede inferir que la demanda es dirigida a Otro, puede ser una demanda de amor, de aceptación incondicional o una demanda para lograr el ideal que se quiere alcanzar, lo cual provoca dolor. La exigencia del ideal agrava más la enfermedad, al carecer de culpa el enfermo se niega a sanar, al mismo tiempo que muestra un poder de decisión en sí mismo para no alimentar su cuerpo. También puede sentir placer por la sensación de vacío por la falta de alimento.

Con una lectura psicoanalítica, se entiende que el síntoma es una forma de estar en el mundo, la anorexia, en algunos casos, se podría mostrar como síntoma de la melancolía, organizando su mundo entorno al alimento con un significante desconocido, del cual el psicoanálisis es el encargado de descifrar. Considerando al deseo como fundador del sujeto, se puede concluir que en ciertos casos hay una demanda que pretende hacerse escuchar a través de la anorexia, un deseo que no se puede expresar porque no se reconoce. Quienes padecen anorexia viven un sufrimiento psíquico al no descifrar la demanda para poder transformarla en un deseo reconocido. Del mismo modo que en la melancolía, se puede nombrar el deseo en su articulación con la demanda del Otro: existe una situación de desamparo frente al Otro, pues está sometido a la tiranía e imposiciones de su propio Yo, empujado al goce.

Referencias

1. American Psychiatric Association. (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Recuperado de <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/0>
2. Asociación Siquiátrica Americana. (1995). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. DMS-IV*. Barcelona: Masson.
3. Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
4. Freud, S. (1895/2007). Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.I, pp. 239-269). Buenos Aires: Amorrortu.
5. Freud, S. (1914/2008). Introducción del narcisismo. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
6. Freud, S. (1915/2008). Pulsiones y Destinos de Pulsión. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
7. Freud, S. (1917/2008) Duelo y melancolía. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu.
8. Freud, S. (1918/2009) De la historia de una neurosis infantil (el Hombre de los Lobos). En J.L. Etcheverry (trad.). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XVII, pp 1-112). Buenos Aires: Amorrortu.

9. Freud, S. (1920/2008) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.XVIII, pp 137-164). Buenos Aires: Amorrortu.
10. Freud, S. (1921/2008) La identificación. *Psicología de las masas y análisis del yo*. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.XVIII, pp. 99-104). Buenos Aires: Amorrortu.
11. Freud, S. (1923/2008). El Yo y el Ello. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
12. Lacan, J. (1949/1989) El estadio del espejo como formador de la función del yo [je], tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escrito, T. I*. Editorial Siglo XXI. México.
13. Lacan, J. (1960/2009) Observación sobre el informe de Daniel Lagache: Psicoanálisis y estructura de la personalidad. *Escritos. T. II*. Editorial Siglo XXI. México.
14. Laplanche, J. (1973). *Vida y muerte en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
15. Pieck, C. (2007). *Anorexia y Bulimia. La tiranía de la perfección*. Querétaro, México: FUNDAP.
16. Rosas, A., Pérez, S., e Iglesias, A. (2007). Trastornos alimentarios y perversión. *Revista Científica electrónica de Psicología. ICSa- UAEH*. 3, 1-10. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_PrevAten/ Anto_Igle/2.pdf
17. Secretaría de Salud. (2007). *Salud de la Adolescencia. Casos detectados en adolescentes de 10 - 19 años de trastornos de la conducta alimentaria en las unidades médicas de la Secretaría de Salud*. Recuperado de: <http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>
18. Universidad Autónoma de México (UNAM). (2011). *Aumentan 15 veces casos de bulimia y anorexia en México: UNAM*. Recuperado de: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2011/07/04/842642/aumentan-15-veces-casos-bulimia-anorexia-mexico-unam.html>
19. *Anorexia y bulimia: Enfermedades definidas por trastornos emocionales*. YU. (2011). Recuperado de: <http://informe21.com/bulimia/anorexia-bulimia-enfermedades-definidas-trastornos-emocionales>

Recibido: 30 de septiembre de 2014

Revisado: 13 de diciembre de 2014

Aceptado: 30 de abril de 2015