

1ra JORNADA DE INTERCAMBIO Y
REFLEXIONES SOBRE DISTINTOS
ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DE
TRASTORNOS, DE LA ALIMENTACION
CAUSAS Y CONCEPTUALIZACION

BULIMIA Y



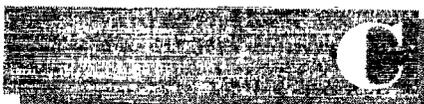
ANOREXIA



CENTRO CULTURAL
GRAL. SANMARTIN

Area de Estudios e Investigacion
en Ciencia, Cultura y Sociedad

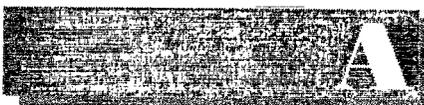




Coordinadoras de las Jornadas

Lic. ADRIANA MARIA ZAFFARONI

Lic. MARIANGELES ALTUBE



Auspiciadas por

Escuela de Nutrición de la Facultad
de Medicina de la
Universidad de Buenos Aires

UNICEF Argentina

Asociación y Federación Argentina
de Nutricionistas



No

Distintos abordajes de la patología:

-Hospital de Clínicas J. de San Martín: "Programa Asistencial de Trastornos de la conducta alimentaria"	9
-Hospital Santojanni: "Caso Celia"	15
-Hospital Ramos Mejía: "Trabajo Transdisciplinario: Un caso clínico"	23
-Hospital Alvarez: "Trastornos de la alimentación: un acercamiento posible"	27
-Hospital Español: "El retorno a la identidad: una propuesta de abordaje terapéutico no alienante en trastornos de la alimentación"	33
-Fundación Hecho con Arte:	
a) "Nuestra apuesta: respuesta posible a problemas actuales"	39
b) "Un ahí que no cesa de no repetirse"	44
-CEACEH: "Presentación de un caso clínico: Vero G."	49
-Las impulsiones y sus destinos. (Una clínica de la Bulimia) Lic. Alicia Donghi	57

La Mirada de las Ciencias Sociales:

-"Una ligera confusión discursiva: perspectiva historiadora",	63
Lic. Ignacio Lewkowicz	
-"El cuerpo en la publicidad: la expresión paradigmática del narcisismo contemporáneo",	67
Lic. Enrique Valiente - Lic. Ianina Tuñón	
-"La dimensión cultural en los trastornos de la alimentación"	79
Lic. Enrique Valiente.	
-"Anorexia nerviosa: el proceso de conformación social del cuerpo",	85
María Patricia Rodríguez Fuchs.	
-"Reflexiones acerca del factor ambiental en el crecimiento y desarrollo. El modelo de belleza femenino hegemónico actual, una agresión a la especificidad biológica del género" (.....	91
Luisa V. Pinotti - C. Favier Dubois - R. Fernández Unsain	
"Algunas reflexiones acerca de la comida, la alimentación y el cuerpo, en el marco de distintas culturas y sociedades",	99
Lic. Silvia Bravo - Lic. Adriana Zaffaroni	

Algunas Propuestas desde la Prevención:

-BALDÓN (El cuerpo Aislado)	107
Chiqui González, artista	114
-Taller de cocina, Silvia Lema, nutricionista	115
MESA REDONDA	125
CONCLUSIONES	153

Distintos Abordajes de la Patología



Departamento de Salud Mental
Disisión Psiquiatria de Enluce
Hospital de Clínicas “José de San Martín”
Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires

PROGRAMA ASISTENCIAL DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores:

Dr. Bernardo Y. Rovira
Dr. Eduardo Chandler
Lic. Marcela Alvarez
Lic. María Antonieta Ichazo
Dra. María E. Della Valle
Dra. A. E. Tamayo Mendía
Dr. Jorge Braguinsky
Prof. Dr. Rodolfo D. Fahrer

Abordamos los trastornos de la conducta alimentaria tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicopatológicos, psicosociales y psicoterapéuticos en una concepción biopsicosocial de la medicina.

El programa brinda asistencia a dos grupos de pacientes:

1) Los que pueden realizar tratamientos ambulatorios y/o internación parcial en el Hospital de Día.

2) Aquellos casos -donde el compromiso biológico requiera una internación en el Hospital General.

Los criterios de inclusión son los estipulados por el DSM IV para:

1 - Anorexia nerviosa (307.10)

2 - Bulimia nerviosa (307.51)

3 - Trastornos en la Conducta Alimentaria No Especificados (307.50)

Quedan excluidos del programa los pacientes que presenten los siguientes diagnósticos:

1 - Anorexia sintoma a: Psicosis

Trastornos afectivos, neuróticos y adaptativos

2 - Anorexia secundaria a enfermedades orgánicas

Mostraremos nuestro modo de trabajar haciendo referencia a un caso clínico en tratamiento ambulatorio.

La entrevista de admisión es realizada por un equipo de profesionales integrado por nutricionistas, psicólogos y psiquiatras.

El caso que vamos a presentar es el de una mujer que tiene al momento de la consulta 20 años de edad, es soltera, trabaja como empleada en un Banco e intenta cursar materias del CBC para ingresar a la carrera de psicología.

La paciente concurre acompañada por su madre, está vestida en forma prolija, aseada, el peso por debajo de lo normal, es extremadamente delgada, y su actitud frente a los entrevistadores es de colaboración,

Refiere que sus problemas comienzan a los 16 años, luego de realizar un tratamiento por un hipotiroidismo hereditario (que le detectan un año antes), durante el cual llegó a pesar 60 kilos a los quince años.

Comienza a hacer dietas restringiendo progresivamente la ingesta, hasta llegar a pesar 39 kilos y seguir viéndose "gorda y mal".

"A los 17 años no pude parar más" dice la paciente, ahí comenzó a aislarse dejando de salir con sus amigas. En su casa ya no compartía las comidas en la mesa familiar (vive con la madre y el marido de ésta).

Refiere haber tenido dificultades para terminar el colegio y para trabajar: *"al principio hacia todo lo posible para que no me tomen"*. Al año siguiente comienza a trabajar en un Banco y se aferra a éste haciendo todos los días horas extra, llegando así a su casa extenuada.

Tiene dos hermanas mayores que están casadas y vive por épocas con la madre o con la abuela, según donde se encuentre el foco de conflicto familiar.

En esta primera entrevista se arriba a un **diagnóstico de Anorexia Nerviosa**, ya que la paciente *se niega a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo considerando talla y edad. presenta un intenso miedo a engordar y una alteración en la percepción de su imagen corporal, "sintiéndose gorda" aún pesando 37 kilos; con ausencia de ciclos menstruales durante los dos últimos años.*

Luego de la primera entrevista, se le asigna a la paciente un profesional del equipo de Salud Mental y un médico nutricionista quienes estarán a cargo del tratamiento: manteniendo entre ambos una estrecha relación que les permita fijar de manera conjunta objetivos terapéuticos y estrategias a seguir..

Comienza así la etapa diagnóstica, que incluye:

- 1) Cuestionarios auto y heteroadministrados (Beck y De admisión, elaborado por los profesionales del Programa)
- 2) Entrevistas clínica médico-psicológicas.
- 3) Batería de tests (Desiderativo, Gráficos: H.T.P. Tres figuras: cómo me ven, cómo me veo y cómo me querría ver, Plano de la casa y un Proyectivo: Rorschach).
- 4) Informe del estado nutricional.

Al realizar la **biografía** de la paciente, nos encontramos **con una historia de pérdidas** sucesivas que se inician a los 8 años, cuando los padres luego de intensas peleas con agresión física y verbal, y reiteradas infidelidades del marido, deciden separarse. En una discusión la madre mata al padre con un arma mientras la paciente dormía.

Durante los 4 años que su madre estuvo presa, la enferma vivió con sus abuelos maternos y su hermana mayor. En la casa de adelante vivía un tío casado y sin hijos, que se ocupaba mucho de ella y a quién mataron en un asalto al año siguiente.

Después se enferma su abuelo y Lorena pasa a vivir con otro hermano de la madre hasta el fallecimiento del abuelo, meses más tarde.

La paciente dice de esta etapa: *“estaba bien, el vacío se llenaba con cosas, me dejaban hacer lo que quería; cuando era chica me conformaba. Después empezás a crecer y te das cuenta que eso no te llena, ahora quiero cosas y cuando las tengo no me alcanza”*.

Cuando la madre sale en libertad, Lorena dice: *“me adapté, le reclamaba que me prepare la comida porque ella es maniática de la limpieza pero no cocinaba, tomabamos mate con un sandwich”*

Al año siguiente, la madre conoce a otro hombre y decide irse a vivir con él. Lorena se queda con su abuela, al tiempo esta pareja fracasa y la madre vuelve a vivir con ella.

Cuando Lorena tiene 16 años la madre forma pareja con su actual marido, que es para la paciente quien unió a la familia.

A lo largo de las entrevistas iniciales aparece en Lorena una clara sensación de vacío que ella relaciona con la necesidad de vivir cosas que no vivió y con reclamos que le hace actualmente a la madre exigiéndole que se ocupe de ella en forma casi exclusiva.

Paralelamente a los estudios psicológicos se realizaron controles clínicos y nutricionales con una frecuencia semanal y se implementaron los medios como para corregir los parámetros clínicos y reordenar la dieta en cuanto al ritmo de la ingesta y los valores nutricionales diarios.

Con los elementos surgidos de los diferentes estudios se determina una **estrategia terapéutica** que, en este caso **y teniendo en consideración el diagnóstico de**

enfermedad, la personalidad de base y la situación familiar y social de la paciente, se indicó lo siguiente:

1 - Psicoterapia individual y grupal, con el objetivo de modificar las características de personalidad que hacen necesario recurrir al vomito o a la restricción para mantenerse en equilibrio.

2 - Tratamiento psicofarmacológico, destinado a disminuir la sintomatología depresiva presente, con antidepresivos tricíclicos (Cloripramina).

3 - Psicoterapia individual de la madre, con el fin de favorecer la resolución del vínculo simbiótico e indiferenciado que mantiene con la paciente.

4 - Taller de expresión corporal, que intenta favorecer una relación más placentera con el propio cuerpo.

5 - Psicoterapia familiar.

Se realiza una psicoterapia breve de encuadre psicodinámico con objetivos limitados y con dos focos, con una frecuencia de tres sesiones semanales.

Primero trabajamos su enorme dificultad para manejar sus elementos afectivos y la conducta infantil que no concuerda con el desarrollo de la inteligencia que le permite hacer planteos adultos.

Nos focalizamos sobre la afectividad tratando de reconocer y poner nombre a los sentimientos para que pueda ir integrándolos.

Vemos cómo cualquier situación que la remita al desamparo nos muestra una debilidad yoica que provoca una recaída con fortalecimiento de los síntomas e incremento del miedo a perder el control.

Complementando la psicoterapia individual, realiza también terapia grupal, una vez por semana, con un grupo homogéneo, donde se trabaja la conflictiva subyacente a la preocupación por el efecto que provoca la apariencia física sobre los demás. También la importante experiencia de compartir con el otro su problemática y descubrir conflictivas en común para poder modificarlas.

Conjuntamente con las tareas especificadas comparte también con este grupo de compañeras el Taller de Expresión Corporal, que intenta favorecer una relación más placentera con el propio cuerpo.

Debido a las dificultades que presenta la familia, que le impiden colaborar con el tratamiento, influyendo negativamente cada vez que aparece un progreso, se decide buscar el apoyo de una terapia familiar que lleva a cabo el equipo de Terapia Familiar del Departamento de Salud Mental, el cual con una orientación sistémica se fija como objetivos la reestructuración de los vínculos disfuncionales familiares.

Resumiendo: *el tratamiento en esta paciente consta de Psicoterapia Individual (actualmente está viniendo a una sesión semanal), Grupal, Familiar, psicofarmacológico, Expresión Corporal y Controles nutricionales.*

Con estas indicaciones terapéuticas se logró la remisión de la sintomatología que motivó la consulta, con las recaídas esperables en esta patología, pasando a ocupar el primer plano las alteraciones de las fallas derivadas en la estructura de personalidad, focalizándonos en dichas fallas el tratamiento inició la segunda etapa.

El Programa para Trastornos en la Conducta Alimentaria se trata de un programa multidisciplinario realizado en forma conjunta por la División Psiquiatría de Enlace del Departamento de Salud Mental y la División Nutrición del Departamento de Medicina del Hospital.

En el Programa se desarrollan actividades:

- 1 - Asistenciales: a) de admisión y estudios diagnósticos.
b) terapias individuales, grupales y familiares.
c) indicación y control psicofarmacológico.
d) bajo internación, cuando los parámetros clínicos así lo indiquen.
- 2 Supervisiones: a) antes de la devolución al paciente.
b) en la etapa media del tratamiento.
c) antes de la finalización del mismo y/o cuando el profesional lo requiera.
- 3 - Docentes: a) de pregrado a los alumnos que cursan la carrera de medicina
b) de postgrado, en el curso superior de especialistas que se dicta en la Unidad Académica Clínicas.
- 4 - Prevención: a) Cursos para profesionales de otras especialidades.
b) se planificaron Talleres psicoeducacionales para padres y actividades a realizar en colegios secundarios con los padres de los alumnos y los docentes de las Instituciones, por un lado, y con los alumnos, por otro.
- 5 - Investigación: se ha establecido como tarea a desarrollar en este año el elaborar distintos protocolos de investigación a partir de los cuales realizar distintas tareas de investigación.
- 6 - Reuniones: el Equipo de Salud Mental se reúne con frecuencia semanal.
Hay una Reunión mensual con los profesionales del Departamento de Salud Mental, y los profesionales de la División Nutrición, y se realiza un Grupo Balint, con frecuencia mensual, con los profesionales de la División Nutrición.

Las **estadísticas**, tomado el período de **Marzo a Diciembre de 1994**, son las siguientes:

Se admitieron a nuestro Programa 50 pacientes, de las cuales 8 cumplían con los requisitos de Anorexia Nerviosa y 42 con los requisitos de Bulimia Nerviosa. La relación que encontramos entre Bulimia/Anorexia es de 6/1. La totalidad de las consultantes fueron del sexo femenino.

Las anoréxicas consultaron a los seis meses, promedio, de comenzada la sintomatología y las bulímicas a los dos años y medio, promedio, de comenzado el cuadro.

Las **deserciones** fueron las siguientes:

a) Después de entrevistas de admisión:	4 (8%)
b) Después de primera entrevista:	4 (8%)
c) Después de segunda entrevista	7 (14%)
d) Después de entrevistas posteriores:	10 (20%)
Total deserciones	25 (50%)
En tratamiento al 31.12.94:	25 (50%)

De los pacientes que continúan en tratamiento (el 50%) se ha obtenido una remisión sintomatológica en el 100% de los casos, con períodos de recaídas en un porcentaje del 20%.

El Programa de Trastornos en la Conducta Alimentaria se encuentra coordinado por el Dr. Bernardo Rovira (Departamento de Salud Mental) y está integrado por: Dr. Eduardo Chandler, Dr. Quintino Sborlini, Lic. Patricia Graciotti, Lic. Antonieta Ichazo, Lic. Marcela Alvarez, Lic. Estela Pedraza, Lic. María de Mayo y Lic. Sara Lewkowicz, por dicho Departamento, y por la División Nutrición del Departamento de Medicina del Hospital:

Dra. María Esther Della Valle, Dra. A. Ether Tamayo Mendía, con el asesoramiento del Dr. Jorge Braguinsky.

Buenos Aires, Agosto de 1995.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS D.F. SANTOJANNI

JORNADAS DE INTERCAMBIO Y REFLEXION SOBRE DISTINTOS ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

ANTECEDENTES:

El equipo Interdisciplinario para el tratamiento ambulatorio de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, comenzó a funcionar en el transcurso del mes de junio del año 1994. Los pacientes son atendidos en los Consultorios Externos de las distintas especialidades que integran el Equipo Interdisciplinario.

COMPOSICION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

COORDINADORA: Dra. ASUNCION ASLIANO - Jefa del Servicio de Gastroenterología - Secretaria del Comité de Docencia e Investigación.

Dra. PATRICIA OREIRO: Médica Clínica de Adolescentes.
Médica Pediatra de Guardia.

Autor en colaboración, Trabajo
presentado en XI Jornadas Cientí-
ficas Hosp. D.F. Santojanni.
“ANOREXIA, BULIMIA, FENOMENOS CLINICOS
QUE CONVOCAN AL TRABAJO INTERDISCI-
PLINARIO”.

Dra. MARIA PLASCIO: Médica Clínica de Planta
Especialista en Nutrición
(Integra el Equipo Interdisciplinario
desde el mes de Junio de 1995.)

Lic. CLAUDIA CONTRERAS: Psicóloga de Planta.
Coordinadora de Equipo Bulimia y
en Servicio de Psicopatología.
Autor en colaboración, Trabajo
presentado en XI Jornadas Cientí-
ficas Hosp. Santojanni.
“ANOREXIA, BULIMIA, FENOMENOS
CLINICOS QUE CONVOCAN AL TRA-
BAJO INTERDISCIPLINARIO”

Lic. FRANCO ANDREA: Psicóloga Concurrente
Autor en colaboración, Trabajo presentado en XI Jornadas Científicas
Hosp. D.F. Santojanni.
“ANOREXIA, BULIMIA, FENOMENOS CLINICOS
QUE CONVOCAN AL TRABAJO INTERDISCIPLI-
NARIO”.

Dra. SUSANA GANDARA: Médica Psiquiatra de Planta.

Lic. EDUARDO SAID: Supervisor Externo del Equipo de Psicopatología: Bulimia y Anoréxia.

CASO CLINICO: Tratamiento Ambulatorio - Consultorios Externos.

TITULO: Caso Celia.

AUTORES: Lic. Contreras Claudia, Lic. Franco, Dra. Gándara y Dra. Oreiro.

LUGAR DE REALIZACION: Consultorios Externos del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni.

HISTORIAL PSICOCLINICO

La paciente ingresa el 21 de marzo del corriente año, al Servicio de Psicopatología, con demanda espontánea, bien vestida, orientada auto y alo psíquicamente, con mímica acorde a la expresión verbal. Dice sentir intensa angustia, tristeza y temor por lo que le pudiera ocurrir dado que unos pocos días atrás se había enterado por medio de un programa televisivo, que sus síntomas tenían un nombre: bulimia.

En la primer entrevista manifiesta; “ya no puedo más, ya no puedo parar de comer”. Dice tener ingesta compulsiva, vómitos autoinducidos, sentimientos de culpa posterior a los vómitos. Celia dice: “vomito una vez por día después del desayuno y a la noche”.

También manifestó que se le caía mucho el cabello.

Celia vive con su madre de 45 años de edad, dueña de un puesto de verduras, con su padrastro de 48 años de edad, que según palabras de la paciente “ayuda a mi mamá en la feria” y con cinco hermanos hijos de la madre y de su padrastro, todos ellos varones, y cuyas edades son 14, 11, 8, 6 y 5. Celia tiene actualmente 19 años de edad.

Celia dice: “Estoy mal... será’ el peso de mi familia, yo cuido a mis hermanos, es una responsabilidad que a mí no me pertenece pero como mi mamá trabaja me tengo que hacer cargo yo. -A veces me dá bronca porque mi mamá no le pone limites y se lo tengo que decir. Tengo un padrastro que no me llevo bien.

“A mi papá no lo llegué a conocer a mí me tuvo de soltera, los otros son todos juntos”. Y refiriéndose al padrastro agrega: “desde los 5 años nunca me llevé bien, no me trataba bien”.

Manifiesta que comenzó con sus síntomas en diciembre de 1994. En la misma época, Celia había decidido estudiar psicología o periodismo, pero su madre la “convencio para que estudiara para Contadora”.

Agrega: “No sé lo que me pasa, siento que me falta algo y voy directamente a eso, yo cuando como no es porque me gusta la comida, es porque voy a eso. Cuando estoy sola como lo que no me gusta, antes de comer yo sé que voy a vomitar. No es que estoy comiendo bien y después vomito. Yo como para vomitar”

Posteriormente se realizó una entrevista con la madre, quien manifestó: “algunas veces después de comer, veía que vomitaba. No entiendo, ahora le pregunté y me dijo que no se controla, que no come bien, que se pone muy nerviosa”.

La madre agrega, “de pronto se pone triste, pensativa, como una señora grande, ella tiene que estar alegre.. .” La mala alimentación y que estudia se complica.

Sigue diciendo: Gracias a Dios es la mayor, lleva los hermanitos adelante, aunque siempre se queja.

Celia es hija soltera, un día me dijo: ¿quién es mi papá?, me pidió conocer a su papá, yo no tuve tiempo. Después no me pidió nunca más.

Celia vio a su papá cuando tenía un mes, la vino a conocer, después vino a los tres meses y después vino cuando ella tenía dos años. Pero el padre no la reconoció.

La madre agrega, mi marido la reconoció. Pero ahora le grita, la reta así nomás, se pone muy nervioso y muy rebelde. Desde los 4 añitos se crió con ella. El con las amenazas y los golpes piensa solucionar todo, no se controla. Quiere pegarle a toda costa.

La mamá de Celia responde a una pregunta: “sí, toma, tiene los ojos colorados y aliento a alcohol. Antes me pegaba, cuando nació el de 5 años me pegó una patada y mi hermano le dijo te voy a apretar el cuello, y no me pegó más”.

Celia, en otro momento, refiriéndose a su madre dice: “Estaba enojada con mi mamá como REPRIMIENDOLE porque no me llevaba el apunte cuando era chica. Tal vez ella no se daba cuenta, pero a mí me daba mucha bronca. Ella no venía los sábados a la tarde, venía muy tarde y yo me enojaba. La feria termina a las 13.00 hs., ella podía venir más temprano pero decía que tenía que cargar los cajones. Ella estaba muy atenta al trabajo, siempre ayudaba a mis tíos y nos dejaba para lo último a nosotros. Tampoco iba a los actos del colegio”.

Sigue diciendo: “Para los demás si tenía tiempo. Esto me pone mal, porque si pienso en mí soy egoísta y si pienso en mi mamá no pienso en mí”.

Por último agrega: “La gente dice que mi mamá parece mi hija”.

ENTREVISTA PSIQUIATRICA

Se realizó una entrevista psiquiátrica para evaluar la necesidad de medicación y se vio que la paciente presentaba una sintomatología depresiva reactiva, tristeza, irritabilidad, falta de concentración, insomnio de conciliación y voluntad normal.

Es una paciente que aún presentando estos síntomas, actualmente cursa 2do. año en la carrera de Administración de Empresas, se hace cargo del cuidado de sus hermanos y trabaja ayudando ocasionalmente a su madre en el puesto de verduras, lo que le ocasiona gran displacer.

Celia dice, “A veces tengo un sentimiento de vacío, estoy irritable, eso me hace sentir culpable, me dicen que estoy triste, lo relaciono con la soledad, que no hay nadie,

las cosas tristes las quiero olvidar pero son imágenes que las tengo muy presentes, cuando me pongo a hablar de mi vida, eso me pone mal. En mi niñez no tengo nada bueno. El vacío tiene que ver con la falta de afecto que recibí, me irrita que mamá no ponga orden en casa, la veo débil.”

Más adelante, Celia refiriéndose a su padrastro agrega: “Me pone mal que él no sea un padre para niños y me da lástima porque nadie lo quiere y él se lo gana. Yo no le hablo a veces se la agarra con mamá, la insulta, me pone mal que ella no lo frene, a los 13 me empecé a meter yo entre ellos dos, Ahora él no se mete más conmigo.”

Antes, mi padrastro me denigraba moralmente, siempre me decía que no servía para nada, que me iba a morir pronto, porque yo tenía asma. También decía que las mujeres son todas unas cualquiera.

La sintomatología antes mencionada, pensamos que deviene del sentimiento de hostilidad que le produce la situación que vive, y el sentimiento de culpa concomitante.

De acuerdo a la evaluación psiquiátrica de la paciente, se resolvió como estrategia la no administración de psicofarmacos, ya que del material clínico surge que puede llevarse a cabo el tratamiento psicoterapéutico individual, sin apoyatura psicofarmacológica.

Entrevista médica-clínica:

Al ingreso Celia se encontraba en buen estado general con PC 3 (percentilo 3) de acuerdo PC 50.

Como antecedentes personales cabe destacar que presentó episodios de Bronquitis Obstrucciona recidivante desde los 9 años. Los mismos acontecían con una frecuencia de dos o tres episodios anuales, en época otoñal o invernal, siendo el último de estos episodios registrado a la edad de 15 años. Fue medicada con broncodilatadores y corticoides en forma ambulatoria.

Celia no realizó tratamiento continuo en Equipo Interdisciplinario (Equipo de Asma Bronquial).

Se realizaron exámenes complementarios siendo dicho screening dentro de los límites normales. Celia no presentó amenorrea. RX de torax normal.

Se realizó interconsulta con Endocrinología y se realizaron análisis de laboratorio.

EVOLUCION:

Actualmente los vómitos han disminuído, la frecuencia con que los realiza es de una o dos veces por semana, y Celia los vincula a situaciones de “bronca” cuando no encuentra amigas para salir los fines de semana. Celia dice: “Si salgo con mis amigas no vomito pero si me quedo me dá bronca y vomito”.

En la actualidad su estado depresivo ha remitido, lleva una vida de relación social acorde a su edad y continúa sus estudios.

CIRCUITO DEL PACIENTE Y TRATAMIENTO

El paciente recorre un circuito interdisciplinario. La admisión se realiza en el Servicio de Psicopatología, llevándose a cabo una entrevista conjunta conformada por la psiquiatara y un psicólogo. También se le administra una batería psicodiagnóstica. La evaluación tiene como objetivo realizar el diagnóstico diferencial y determinar la estrategia de tratamiento.

También el especialista médico-nutricional realiza una primera evaluación con el propósito de evaluar el riesgo clínico. Una vez efectuada la evaluación física, el profesional interviniente realiza las derivaciones correspondientes a los distintos especialistas, e indica los análisis de laboratorio que considere necesarios realizando su posterior seguimiento.

El seguimiento del paciente se efectúa con entrevistas clínicas y nutricionales periódicas, análisis de laboratorio, entrevistas de evaluación psiquiátrica, entrevistas psicodiagnósticas, entrevistas psicoterapéuticas semanales y entrevistas familiares cuando el momento terapéutico así lo requería.

SINTEISIS

Del material clinico se pudo observar lo siguiente:

-Pareciera que Celia, se encuentra ocupando en la dinámica familiar, la posición subjetiva de madre de sus hermanos. Celia es quien desempeña la función materna, y esto le genera hostilidad y agresión.

-El padrastro de Celia, que es quien la nominó con su apellido, en la dinámica familiar, se presenta como débil y enfermo de alcoholismo, pero a la vez agresivo y violento. Para la madre ,de Celia pareciera que representa un hijo más. Refiriéndose a él la madre dice: “Desde los 4 añitos se crió con ella”.

-Para que Celia pueda re-posicionarse subjetivamente tiene que haber básicamente un padre vivo, vivo en el deseo, que pueda sostenerse como deseante-deseable. Un padre que evite la confrontación, un padre que no lo es, que se corre fácilmente de lugar, que delega responsabilidades demasiado rápido, es un padre que bloquea el acceso simbólico a esta posición subjetiva.

-Celia es virgen y en cuanto a las relaciones intersubjetivas con el sexo opuesto, tiene dificultades para vincularse y sostener una relación prolongada.

-Por último, creemos que se trata en este caso de poner en palabras lo que se vomita, que es tan compulsivo como lo que se come.

Trabajo Transdisciplinario: Un caso clínico

Autores: Lic. Ivonne Meggiolaro, Lic. Luisa Acrich, Lic. Miriam Nucher, Dra. Haydee Giraudi.

Coordinadoras: Lic. Angela Siniscalchi, Dra. Rosa Labanca.

Supervisor del Equipo: Dr. Victor Lofrano.

Jefa Servicio Psicopatología: Dra. Silvia Fernandez.

Jefe Servicio Nutrición : Dr. H. Valli.

Hospital Jose Maria Ramos Mejía

Conformar un equipo especializado en trastornos de la alimentación dentro de una institución hospitalaria, parece en un comienzo algo simple y poco complicado. Pero al comenzar la tarea conjunta, surgen obstáculos, tanto por la complejidad de las patologías que abordamos como por las dificultades de la coexistencia dentro del equipo de dos discursos, el del médico y el del psicoanalista y por consiguiente, de dos miradas diferentes sobre el mismo objeto de estudio.

Usualmente, estos equipos se conforman con profesionales de distintas áreas, médicos nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, entre otros, dado que estas patologías poseen una multideterminación. La pregunta que se nos planteó fue: ¿Cómo se trabajaba transdisciplinariamente con estas patologías ?

El trabajo en equipo debería estar centrado en la creación de estrategias que permitan operar sobre estas patologías. Para lograr este, se hace necesario salirse de los compartimentos estancos de cada discurso y aprender a soportar la renuncia narcisista que esto implica, ya que nadie puede adjudicarse el éxito o fracaso de un tratamiento. La unidad del equipo es una condición básica para el tratamiento. Esto implicaría también fijar criterios comunes ya que el trabajo con estas pacientes implica una doble vía de abordaje, por un lado la singularidad psíquica de las mismas, y por otro el trabajo nutricional, caso por caso.

Por lo tanto, se hace necesario evaluar la estrategia adecuada para cada situación. Para ello es esencial tener en cuenta: las características que presentan estas pacientes, la función de cada especialista y redefinir la cuestión del secreto profesional.

Abordaremos estos tres puntos a través de un caso clínico que en un principio se pensó como una Anorexia Nerviosa Restrictiva, pero luego fue redefinida como un Trastorno Alimentario No Específico, según el DSM IV, ya que esta paciente no cumpliría con el total de los criterios que hacen al diagnóstico de la Anorexia Nerviosa. No presenta ni temor mórbido a engordar, ni influencia excesiva del peso o de la figura en la

autoevaluación, así como tampoco negación de la severidad del bajo peso. Esto permitió realizar un tipo de abordaje diferente, tanto desde lo nutricional como desde lo psicológico.

Se trata de Rosalía de 19 años, que realizó la primera consulta nutricional en nuestro equipo, donde era atendida su hermana por Bulimia Nerviosa.

Se presentó espontáneamente, muy angustiada, con pérdida del 15 % del peso (BMI 17) constipación crónica, extremidades frías, amenorrea de un año y medio de evolución, con una historia de restricción alimentaria que había comenzado 4 años antes. En ese momento, estaba en tratamiento ginecológico con hormonas, a través del cual recobró los ciclos menstruales.

En la primera consulta se realizó la derivación al Servicio de Psicopatología. En los meses sucesivos, fue atendida por el equipo. Durante el proceso de tratamiento, la paciente refirió restricción alimentaria seguida de atracones, conducta que le producía gran sufrimiento. En los meses siguientes mejoró su conducta alimentaria, pero conservando una modalidad restrictiva. Su imagen corporal estaba algo distorsionada, se percibía con caderas anchas cuando en realidad posee una figura longilínea, siendo su ideal de mujer Twiggy. Después de cuatro meses, interrumpe el tratamiento nutricional pero continúa con psicoterapia.

Como vemos, su atención en psicopatología comienza en forma conjunta con la de nutrición. Al principio, su discurso era fáctico, (al modo obsesivo), no producía significaciones ni asociaciones. Aparentaba no tener conflicto psicológico, muy por el contrario, se presentaba como muy bien adaptada a la realidad. Aceptaba que se sobrecargaba de responsabilidades, tanto en su trabajo como en su familia, pero justificaba esto diciendo que si no lo hacía ella, nadie podría hacerlo por ella. Colocábase así en la dimensión del sacrificio, dándole éste un YO, un ser en el mundo como aparecería en la fantasmática histórica.

El trabajo psicopatológico se centró en tratar de subjetivar el síntoma, teniendo en cuenta que la paciente tenía dificultades para ligar el afecto con las representaciones. Al poco tiempo aparece la conflictiva edípica, donde podía evidenciarse claramente que el alimentarse poseía un sentido simbólico, era la expresión de un conflicto edípico en el marco de una relación triangular.

Para ejemplificar lo dicho, tomaremos algunas viñetas clínicas:

La madre de Rosalía es una mujer que ha tenido múltiples intervenciones quirúrgicas. La paciente relata que esto ocurre desde el nacimiento de su hermana, cuatro años menor. La relación con esta mamá fue muy difícil, de “mucho miedo hacia su persona”, hasta la última operación en que se pensó que podía tener cáncer. En esta última internación no vio a su mamá durante un mes, a pesar de tener ella quince años, ya que no se atrevía a viajar desde el Gran Bs. As. hasta el centro, donde estaba internada.

Durante ese mes, Rosalía se ocupó de los quehaceres domésticos, preparaba la comida para su padre, se ocupaba de la escolaridad de su hermana, además de seguir estudiando ella en la secundaria, hacer danza y gimnasia deportiva. Pasó a ocupar el lugar de la mamá y cumplió eficientemente la tarea. En un momento expresa que al ver a su madre después de un mes, quedó impatada ya que la misma estaba muy flaca y demacrada. Relata que a partir de ese momento, el carácter de la mamá cambia y pasa a ser su mejor amiga.

Debido a la enfermedad de la madre, que al principio solo podía comer comida muy sosa y “light”, todos para ayudarla, comían así. Rosalía actualmente sigue comiendo ese tipo de comidas, aduciendo que la otra comida es basura o le cae mal.

Luego de siete meses de tratamiento psicológico, relata a la manera de una confesión y llorando, que se provoca vómitos. Refiere que los mismos habían cesado después de su primera consulta con el equipo; esta conducta compensatoria se reanudó tres meses atrás, en forma compulsiva, cuando su madre viajó a Catamarca de vacaciones con la otra hija. Ella se quedó sola con el padre, con quien tiene muy buena relación, siempre que no esté su madre.

Relata que esto de las vacaciones, sucede desde que ella tiene 16 años, luego de la última enfermedad grave de la madre. Rosalía se encarga del padre y dice que esto es lindo, porque luego de cenar se van juntos a la cama para ver televisión y ella duerme todas las noches allí hasta el regreso de su madre.

La paciente solicitó a la analista que fuera ella quien le contara a la médica nutricionista acerca de la cuestión del vómito pero no en presencia de Rosalía y que luego se quedara presente durante la consulta nutricional.

Más allá de la significación incestuosa de los vómitos y del posterior trabajo elaborativo realizado, la analista evaluó que era necesario acceder al pedido de la paciente tanto por el riesgo de compromiso orgánico como por la particularidad del vínculo que la misma tenía con su madre, quien no le había brindado espacios de contención. De esta forma se le ofrecía un modelo diferente del que recibió en la relación con sus objetos p r i m a r i o s

La terapeuta tomó contacto con la médica nutricionista para establecer una estrategia de trabajo conjunto, a fin de poder hablar con la paciente acerca de este “secreto”.

Paciente y terapeuta concurren al servicio de nutrición ante la dificultad de la paciente para mencionar lo relacionado a los vómitos, que eran el motivo de la reunión conjunta. La médica abordó abiertamente el tema, restándole la característica de acto vergonzoso, explicándole que esta conducta formaba parte de la evolución del tratamiento. Se le indicaron pautas alimentarias, destinadas a romper el círculo ayuno-atracones-purga.

Dado que la confidencialidad es un elemento esencial para estas pacientes, son informadas desde la primera entrevista que su tratamiento se realiza por un equipo, y no por una persona individual, por lo que la información recibida por un profesional será compartida con otros miembros del equipo toda vez que sea necesario para un mejor desarrollo del proceso terapéutico. Por su parte, los integrantes del equipo que tienen a su cargo la atención de una misma paciente se comprometen a compartir entre sí los datos obtenidos.

Esto evita malentendidos y además, promueve una conducta de no ocultamiento contraria a la habitual de las pacientes y evita el intento de repetir afuera la escisión que domina el funcionamiento de su aparato psíquico.

En cuanto a la función de cada integrante del equipo terapéutico, diremos que : el profesional a cargo del área nutricional, además de corregir el tipo disarmónico de alimentación, establecerá los riesgos que existen sobre la salud física de la paciente.

El profesional a cargo de los aspectos psicológicos ,centrará su atención , en los primeros momentos del tratamiento, en lograr la instalación de una fuerte alianza terapéutica que le permita ayudar a la paciente a moderar su patología alimentaria. Lograda una mejoría se planteará qué tipo de abordaje será posible.

Finalmente concluiremos que el abordaje transdisciplinario tiene como principal objetivo que las pacientes puedan inscribir en su aparato psíquico un modelo de funcionamiento “no disociado”, para lo cual es necesario establecer en el equipo una comunicación fluida y criterios básicos comunes.

•

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

UN ACERCAMIENTO POSIBLE.

**Trabajo realizado por los integrantes del
equipo del Hospital Gral de Agudos T. Alvarez:**

Lic. Kleiner, Irene
Residente de 4º año de Psicología Clínica

Dra. Rossi de Cruz, Julia Inés
Médica diplomada en Nutrición a cargo del área
Consultorios Externos de Nutrición

Dr. Rovira Zagal, Antonio J.
Médico concurrente del Servicio de Nutrición

Dra. Segretín, Gabriela
Residente de 4º año de Psiquiatría

Lic. Weiner, Claudia
Residente de 4º año de Psicología Clínica

La historia de nuestro acercamiento al tratamiento de los “trastornos de la alimentación” es aUn reciente.

Nuestros primeros pasos giraron en torno a una actividad comunitaria orientada a la prevención, realizada en un colegio secundario. Encuentro renovado con la multiplicidad de interrogantes que la adolescencia despierta en lo que concierne al cuerpo.

Un segundo encuentro fue el que se produjo entre nuestra práctica y una clínica que nos sitúa permanentemente en el límite, Así, nuestra escucha asistió al despliegue de relatos que denunciaban un cuerpo sufriente: dolor, tristeza, y un vacío inexplicable.

Hoy nuestra tarea se vincula a la atención ambulatoria de estos pacientes, coordinando la asistencia de manera conjunta entre profesionales de psicopatología y de nutrición. Sumamos a esto el intento de conceptualizar teóricamente esta experiencia. La amplitud en la cual se incluyen los ‘trastornos de la alimentación’ constituye un punto de partida para cierto recorrido conceptual.

Tempranamente Freud en su obra testimonia acerca de la distancia que separa alimentación de algo estrictamente biológico. La oralidad, puesta en juego en la alimentación, se vincula a las primeras satisfacciones: otorgando a la pulsión sexual su punto de partida en la autoconservación. En “Introducción al Narcisismo” plantea: “las primeras satisfacciones autoeróticas son vividas en relación con funciones vitales destinadas a la conservación. Las pulsiones sexuales se apoyan al principio en la satisfacción de las pulsiones del yo, y sólo ulteriormente se hacen independientes de estas últimas. Pero esta relación se muestra también en el hecho de que las personas a las que ha estado encomendada la alimentación, el cuidado y la protección del niño son sus primeros objetos sexuales, o sea, en primer lugar, la madre o sus subrogados-’.

Quedan así configurados algunos de los principales elementos que se conjugan en lo referente a los trastornos de la alimentación. La oralidad, con sus modos de satisfacción y un cuerpo diseñado por el camino recorrido por la pulsión. La adolescencia reedita estos primeros encuentros con la pulsión, haciendo del cuerpo el escenario donde se jugará el conflicto libidinal.

Las modalidades bajo las cuales se presenta esta constelación son siempre particulares.

Presentando a continuación dos recortes de tratamientos, intentamos dar cuenta de cómo la clínica, puerta de entrada a la subjetividad, nos desafía a pensar lo singular.

Caso clínico. ENTREVISTA DE ADMISIÓN.

Liliana: de 21 años trabaja en una casa de familia. Su empleadora es profesional de nuestro servicio y le ha aconsejado consultar. Así ha llegado a la entrevista de admisión. L. adjudica, en principio, la consulta al interés de su patrona.

Está preocupada porque dice que no como. Ella dice pero yo sí que como. ella esta preocupada porque hace un tiempo que estoy deprimida. Estoy lejos de mi familia. pienso en ellos.”

Al interrogarla por su depresión, explica que pasa largos ratos sin ganas de hacer nada, pensando, Este malestar que es presentado por ella como depresión, se vinculará en su discurso a cierto trastorno. Trastorno que es el signo de alanna de quien le sugiere concurrir:

-Mi patrona dice que estoy anoréxica: Es que a veces no tengo hambre. Como y vomito. No es que vomito. Cuando me levanto a la mañana tengo como una cosa en la garganta. Me levanto con arcadas. Como que tengo una costra. que la tengo que escupir a la mañana. Bajar, bajé. Dos o tres kilos.

Liliana encuentra una causa para su inaptitud, que nos señala una vía de entrada a la particularidad de su síntoma: “Es que cuando estoy deprimida no tengo hambre.” Le pregunto por qué está deprimida, dando lugar así a la aparición de una primera escena: “Es que yo siempre estoy pensando en un chico. Un amigo mío.. .Se fue de viaje: yo quedé esperando pero no me llamó. No pasó nada con él. En realidad, a mí sí me pasa algo con él.”

Sin embargo. ella no puede decir qué es lo que le pasa. Algo, de contenido sexual. no puede ser puesto en palabras. En su lugar aparece otra cosa, esta vez en la dimensión de la alimentación. Luego de un silencio. dice:

“Yo soy. de buen comer, Picoteo mucho. Como un poco de cada cosa. Hice una dieta para adelgazar. Ahora me veo bien: no quiero bajar ni subir.

Finalizo la entrevista proponiéndole a L. tener algunos encuentros más para pensar en la posibilidad de iniciar un tratamiento y le sugiero una consulta con Nutrición.

El equipo de Nutrición nos informa: paciente que presenta episodios aislados de anorexia. Descenso de peso. No presenta antecedentes familiares de diabetes ni de obesidad. Apetito disminuido, sed intensa. Diuresis normal. Catarsis normal, períodos de constipación. Curva de peso: normal durante la primera y segunda infancia, peso máximo 60 kg. Hace dos meses descenso de peso acompañado de intenso nerviosismo. Peso actual: 55 kg. Talla, 1,65 m. Peso teórico: 58 kg.

Presenta náuseas y vómitos por la mañana. Se solicitan análisis y se medica con Polper B 12, . . .

Se indica dieta normocalórica evitando fritos y comidas elaboradas de difícil digestión.

En la segunda entrevista de psicoterapia, L. me aclara: “Tengo mucho para contar. Voy a ir de a poco.--

“No tuve muchos novios”.

Con aquel amigo no pasó nada, solo le dio un beso. Es que a ella: dice, le cuesta relacionarse con los hombres.

Ya a los cinco años ante la partida de un hombre ella se queda llorando.. . Se trata de la separación de sus padres. La madre al tiempo vuelve a casarse. Es así que L. por el impedimento de su madre, dejará de ver al padre.

“Yo digo que extraño mi casa’ pero no podría volver a vivir allí. Mi padrastro ahora es el dueño de todo. Esa casa, la hizo mi papá y él se quedó con todo.”

A los trece años L.: que vivía, con sus hermanas, su madre y su padrastro deja la escuela y comienza a trabajar para poder irse de su casa.

Tercera Entrevista.

L. tiene una novedad. me recuerda a aquel amigo suyo en quien pensaba y se deprimía. Yo no piensa en él. Ha conocido a otro: es un primo de una prima. quien invita a L. a participar de una salida en la que ella se ocupará de este hombre sin que pase nada, ya que aunque imposible este es el hombre que le interesa a su prima. Mientras tanto: su prima estará con otro.

Intervengo señalándole lo extraño del lugar que le asignaba la prima. Me explica: “Es que yo sabía que a ella le gustaba, aunque fuera imposible.”

Le pregunto, ¿Eso te hace más inofensiva?

A la entrevista siguiente. L. dice estar deprimida. Cree que tal vez se deba a que está pensando en ese chico. Repite así la secuencia quedarse pensando en un hombre estar deprimida.

Me comenta que estuvo en la consulta con Nutrición. Los datos médicos aportados de la misma son: análisis clínicos normales. Peso: 95 kg. Vómitos provocados tras ingesta de milanesa. Se mantiene la misma medicación y se insiste en la dieta.

L. comenta: "Bajé medio kilo. Le conte a la doctora que comí un sandwich y luego vomité. Me puse los dedos y vomite. Es que tenía esa sensación en la garganta. Asco, tenía que escupir.”

Le pido que me hable de esa sensación. Dice que le ocurre desde los 17 años. Su hermana y su madre también escupen. Hacen ruido con la boca.

Le pregunto si hay algo que pueda relacionar con esto de la garganta. Algo que le haya pasado. Esta intervención permitirá en su relato la apertura al trauma. que se inaugura de este modo. Ante mi pregunta, dice: “Ud. dice un accidente?”

Recuerda entonces un episodio en donde se cae sobre unas botellas de vidrio mientras jugaba, a los seis años. Relata entonces accidentes de sus hermanas, por negligencia, y la muerte de una hermana de quince años.

“Es que desde que mi papá se fue. todo fue un desorden. Yo sólo quería salir de mi casa. Yo le había dicho que me costaba relacionarme con los hombres. Fue después de mi primer hombre. Era un hombre grande. Había sido el novio de una prima. Yo me sentí muy mal. No quería. El no me violó, pero lo hice como obligada.”

Dice que esto ocurrió a los 17 años

Intervengo: Y después apareció esa sensación en la garganta...

Sorprendida, dice: "En el momento no, pero después cuando me acordaba de él me daba asco. Es que yo no fui una chica normal cuando era chica, un novio de mi hermana me quería mucho y me manoseaba, me tocaba por aquí. " dice tocándose el pecho.

Le pregunto qué edad tenía.

“Seis años, ¿qué me tocaba? Si yo no tenía nada. ..Yo dormía con ellos”.

Alejandra, de 19 años: viene derivada de la consulta de Nutrición.

Informe médico: paciente que consulta por anorexia. Tratada en Hospital Piñero en psicoterapia y luego en Hospital Alvear. de donde es derivada a nuestro Hospital.

Antecedentes: no refiere antecedentes de diabetes. Padece asma bronquial.

Curva de peso: aunque normal en primera y segunda infancia, con sensación discordante de obesidad. Realizó muchas dietas sin indicación médica, llegando a pesar a los 18 años 45 kg. Ascensos y descensos irregulares de peso. Actualmente, presenta apetito conservado y diuresis normal, con constipación. Amenorrea de ocho meses en el momento de mayor descenso de peso. Peso actual: 46,5 kg. Talla: 1,59 m. Peso teórico: 55 kg. Se indica dieta normocalórica, se solicitan análisis.

En la primera entrevista de psicoterapia: la paciente dice: “Hace 15 días que estoy inactiva. No quiero ir a la facultad, no quiero ver gente. Me doy atracones y después me provocho el vómito. A veces, después de un atracón; hago gimnasia hasta agotarme. Me veo gorda y fea? me odio.”

De esta entrevista surgen los datos con los que se historiza la paciente. Sus padres se separan hace tres años; coincidiendo esto con una mudanza. Durante el último año los episodios de atracones son mucho más frecuentes, por lo cual es llevada a ALUBA. El tratamiento allí consiste en un acompañamiento permanente por parte de su familia, y en pautas estrictas en el control de sus ingestas. Después de un breve período la paciente deja la casa familiar para instalarse en la casa de la familia de su novio. La paciente comenta: “A mi mamá le vino bien que yo me fuera, no había lugar para todos.”

La paciente llega a nuestra consulta luego de haber rechazado una indicación de internación.

En el curso del tratamiento se pueden situar dos momentos.

El primero, en el cual la paciente relata sus atracones y ataques de bronca: “Revoleo los objetos de mi habitación.” Interrogada sobre esto, dice ignorar las causas de su conducta. “Me odio por ser gorda”. Una pregunta insiste: “Qué tengo que hacer?“, pidiendo un freno al desborde pulsional.

Ya desde las primeras entrevistas nos encontramos con el factor tiempo, con una paciente que urge a la analista a poner fin a los atracones. La apuesta es alojar este pedido. La demanda es entonces tomada aunque no respondida.

Los atracones continúan con menor frecuencia: pero la aparición de sangre en los vómitos alarma a la paciente: “Mi novio dice que yo me tengo que internar. No puedo parar con los atracones.” Le pregunta a la analista sobre una posible internación. La intervención es: No pienso que tengas que internarte. En cambio la analista la ofrece su número de teléfono. Falta a la segunda entrevista, entrando, según una lectura posible, a un segundo momento en el tratamiento.

De la madre se queja y la critica, aunque la sostiene: "Aunque me trate mal es mi mamá y la quiero”.

En la dinámica edípica la paciente aparece en el medio de sus progenitores. quedando como objeto de la madre a partir del divorcio de sus padres.

La reanudación del tratamiento se produce conjuntamente con un alivio sintomático: desaparición de atracones, mejoría del estado de ánimo y de su imagen corporal.

Bajo el modo de la queda aparece una nueva temática: “No puedo dormir.”

Inicios en la constitución de un síntoma que por la vía asociativa la reenvía a la separación de sus padres:

“Mis padres no estaban enamorados. Yo dormía con mi mamá mientras mi papá dormía en otra habitación.” Distribución triangular que se quiebra cuando el padre dirige su deseo hacia otra mujer.

Hasta aquí los relatos clínicos, que revelan las peculiaridades de articulación entre el trastorno mismo y la subjetividad en juego.

En el primer material asistimos a distintos momentos en la constitución del síntoma. La sensación en la garganta que conlleva una perturbación en la alimentación encuentra su enlace con el asco surgido a partir del encuentro sexual. Apertura del síntoma que nos señala su origen: el trauma infantil.

El trabajo analítico, en este marco, es posible de situar abordando al síntoma en tanto sustitución.

En relación al tratamiento médico, el seguimiento posibilita un trabajo conjunto que apunta al alivio del trastorno: creando las condiciones de despliegue de la palabra a descifrar en el síntoma.

En lo que respecta a nuestra otra paciente. el trastorno de la alimentación se ubica entre otras coordenadas. Ya no se incluye en una vía asociativa hallándose en un campo exterior a la cadena de representaciones: Atracones que no llegan a constituirse en síntoma. Esta configuración resulta problemática para el lugar del analista. La analista al no estar convocada a participar de la serie sustitutiva de un síntoma, acude igualmente a la cita propiciando un lugar para la palabra. Efecto de alivio producido en el encuentro con un otro que, lejos de controlar. ofrece un lugar simbólico.

Pensando este recorte en relación a la transferencia es que: ante la interrupción del seguimiento clínico-nutricional: la analista decide poner entre paréntesis dicha ausencia sin intervenir por el momento. Las reuniones del equipo continúan a la espera del momento propicio para reinsertar a la paciente.

Para finalizar, quisieramos señalar, que el trabajo en conjunto de los profesionales de las distintas áreas apunta a un acercamiento a cada caso sin un esquema predeterminado. sino incluyendo sus aspectos singulares.

EL RETORNO A LA IDENTIDAD

UNA PROPUESTA DE ABORDAJE TERAPÉUTICO NO ALIENANTE EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Lic. Beatriz M. Rodríguez
Dra. Stella Diamanti

EQUIPO DE PSICOSOMÁTICA
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Abordar la esencia del tema que nos convoca, a partir de la invitación del Área de Estudio e Investigación en Ciencia, Cultura y Sociedad, del Centro Cultural General San Martín, es harto complejo. Mucho se ha dicho hasta el momento y por ello nuestra pretensión no es re-escribir lo ya escrito, como tampoco ambicionamos, ingenuamente, realizar un aporte teórico novedoso o absolutamente original.

El presente trabajo intenta mostrar cómo a partir de la demanda de los médicos -de diversas especialidades- y en la consideración de un tipo particular de pacientes, se constituye en nuestro Hospital un Equipo de Psicosomatistas. Cómo se diferencia luego en el mismo el perfil de los profesionales consagrados al tratamiento de algunos trastornos y patologías específicas. Y por último, pretende, mediante la inclusión de pequeñas viñetas, exponer la modalidad de aproximación teórico-clínica en el tratamiento de diversos trastornos de la alimentación.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA: Hace ya cuatro años se constituyó en el Hospital Español, un Equipo de Psicosomática, a partir de dos elementos concomitantes. El primer: una diferenciación dentro del Servicio de Psicopatología, de aquellos profesionales que se distinguían por responder no sólo. al pedido de interconsulta, sino por crear a la vez verdaderos vínculos, donde la escucha de la demanda del derivador estaba priorizada; el segundo: la incorporación a dicho equipo de profesionales formados en la especialidad.

En tales circunstancias, se elaboró un vasto anteproyecto que proponía fundamentalmente una orientación clínica diferenciada de pacientes con trastornos somáticos, la coordinación del equipo por un miembro del mismo, así como una supervisión externa, y que priorizaba en particular la continuidad en el espíritu con que se había formado: es decir, interconsulta permanente y estrecha relación con el médico derivador.

Muchas de las ideas aquí expuestas han sido desarrolladas previamente en otros trabajos de las autoras.

Dra. Stella Diamanti; Lic. José A. Martín; Lic. Oscar A. Elvira; Lic. Beatriz M. Rodríguez; Lic. Ma.Ángeles Castaño Blanco; Lic. Nora Lipszyc; Lic. Liliana Ferrero; Lic. Silvia Eydelstejn.

Los primeros contactos del equipo tuvieron lugar con los Servicios de Endocrinología y Gastroenterología. La demanda fue vasta e inmediata, agregándose numerosos servicios a continuación.

Las prestaciones del equipo fueron desde un comienzo interconsultas en sala y tratamientos ambulatorios. Inicialmente se había acordado satisfacer las demandas asistenciales prestando entre tres y seis meses de tratamiento a cada paciente. Transcurrido ese lapso, no obstante, se vio la conveniencia de no volver rígidos los tiempos de tratamiento.

Por último, con el inestimable apoyo del Comité de Docencia e Investigación del Hospital, se sumaron la investigación y la docencia a nuestra tarea asistencial. En la actualidad, algunos integrantes de este equipo son a su vez docentes del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA) , al tiempo que tutores, a partir de un convenio realizado con la Facultad de Psicología, de la Pasantía Clínica para Graduados de la misma.

EL PACIENTE PSICOSOMATICO EN EL HOSPITAL: De estos contactos iniciales con los Servicios de Endocrinología y Gastroenterología, datan las primeras derivaciones por patología alimentaria. De inmediato se advirtió que era necesaria la interconsulta con los Servicios de Ginecología y Nutrición - que en nuestro hospital es parte del Departamento de Pacientes de Alto Riesgo. Se acordó dentro del equipo, que aquellos profesionales con formación específica en el área abordaran el tratamiento de quienes padecen trastornos de la alimentación, en razón de las particularidades que estos pacientes comportan. Así, la Dra. Stella Diamanti, médica psiquiatra con formación psicoanalítica y sistémica, quien hiciera sus primeros contactos con trastornos de la alimentación en la década del 70 en el Instituto Lanari, donde existía un área de internación psiquiátrica en sala de clínica médica; y la Lic. Beatriz M. Rodríguez, psicóloga clínica y psicoanalista, con formación de posgrado en psicósomática y patología alimentaria, abordan desde entonces esta tarea.

Los pacientes que acuden a la consulta con el psicomatista no lo hacen, por lo general, espontáneamente o por iniciativa propia, sino a instancias del médico. Acostumbrados al tratamiento médico de su padecimiento y a múltiples exámenes complementarios, les es difícil concebir o aceptar algún tipo de vinculación entre las manifestaciones orgánicas y sus experiencias emocionales. La disociación cuerpo-mente es una conceptualización arraigada, tanto en el saber médico y los equipos asistenciales, como en los enfermos.

Por haber entendido ésta como la dificultad fundamental en el abordaje habitual de los pacientes psicósomáticos, ha sido el propósito de nuestro equipo dar a los mismos una respuesta terapéutica (como así también a los médicos tratantes), que permita recuperar la unidad perdida o nunca instaurada- rompiendo la escisión psique-soma, intentando que los pacientes accedan a su propia historicidad, enriquezcan su vida fantasmática y desarrollen o recuperen su afectividad.

Si establecemos características fenoménicas generales, y relacionamos estos indicadores con las áreas descritas como mente, cuerpo y mundo externo, advertiremos respecto de la primera que, como en gran parte de los pacientes somáticos, en la anorexia nerviosa no hallamos un registro adecuado de la angustia, pues aparentemente hay una ausencia de conflicto (si tomamos en cuenta el modelo neurótico).

Así, en principio, no se observa conciencia de enfermedad, el discurso del paciente es pobre, catártico y literal, más aún, su relato carece de afectividad, el tono emocional es monocorde: parece poseer un único sentimiento -por cierto, atenuado- como respuesta al universo de estímulos posibles. En el área del cuerpo el indicador más significativo es tal vez la disociación psique-soma, la vivencia del propio organismo como externo, sin inscripción simbólica, y la hipercatectización de la descarga. Ello se advierte en la desmentida de las señales corporales, la idealización de la tensión-distensión y el riesgo somático a que la hiperexigencia corporal los expone. Por último en el mundo externo, debido en gran medida a su obstinado esfuerzo, los pacientes se presentan como sobreadaptados, con un desempeño intelectual exitoso, hiperactividad, rasgos obsesivos y perfeccionistas, características estas que habitualmente los llevan a responder del modo en que su entorno les demanda.

Ahora bien, esta descripción que parece coincidir sin más con la de cualquier paciente psicossomático, es absolutamente ajustada a la “típica anorexia nerviosa”.

LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: UN DIAGNÓSTICO PRECISO.

En la práctica hospitalaria, suele ocurrir que los pacientes derivados al Equipo de Psicossomática sean acompañados por un rótulo que designa la enfermedad somática predominante.

De este modo, y debido asimismo a las presiones que se ejercen desde el cuerpo médico sobre los psicoterapeutas (para la obtención rápida de resultados), el diagnóstico antecede generalmente al encuentro del psicoanalista con el paciente. Un abordaje terapéutico adecuado, dentro del marco hospitalario será facilitado por un diagnóstico preciso. Tomemos un ejemplo, el caso M., se trata de un joven de 20 años, internado con diagnóstico de síndrome de mala absorción atípico, con una evolución de tres años, que ha sido biopsiado de intestino delgado en tres oportunidades. La solicitud de interconsulta tiene por objeto ofrecerle apoyo psicoterapéutico. Presentaba entonces cambios significativos de conducta, negativismo, hiperactividad, aislamiento e irritabilidad, además de hipotermia, adelgazamiento extremo, y edemas por hipoproteinemia. Se hizo evidente a partir de la primera entrevista que el enfermo era el emergente de un grupo familiar conflictivo y que la patología actual, tenía que ver en sus comienzos con una conducta alimentaria restrictiva que, a falta de diagnóstico apropiado, se fue complicando entre biopsias, tomografías computadas y sofisticados análisis clínicos. En aquel momento, durante su cuarta internación, el paciente estaba tan enfermo clínicamente, y tan atemorizado, que había “olvidado” proporcionar este dato inicial a su cohorte de médicos. Estos, por su parte, curiosamente, no habían considerado la hipótesis diagnóstica de una anorexia nerviosa, simplemente por tratarse de un varón.

A pesar de no haber acuerdo, dentro del campo psicoanalítico, respecto de la etiología de la anorexia nerviosa, o de la ubicación del cuadro dentro del universo de la psicopatología, nos parece poseer sobrados elementos para el diagnóstico de la misma cuando nos hallamos frente a un paciente que presenta al menos tres de los siguientes signos y síntomas: disminución significativa de peso por restricción voluntaria de la ingesta -en mujeres- amenorrea (de tres meses consecutivos como mínimo), constipación, vómitos autoinducidos, bradicardia, hipotermia, lanugo, hiperactividad, etc.

No obstante lo cual, insistimos en la necesidad de un diagnóstico diferencial bien preciso, pues debemos aclarar que es posible observar no una, sino múltiples expresiones de estos cuadros vinculados a diversas alteraciones psicopatológicas. Así por ejemplo, la anorexia histórica, es manifestación directa de una conflictiva situacional; es un instrumento cuya orientación primordial es la resolución de dicha conflictiva, y en tal sentido cederá si la misma se resuelve. Veamos una breve viñeta.

Caso A: se trata de una joven de 19 años cuya madre ha emprendido un largo viaje por tiempo indeterminado. La muchacha, a riesgo de descuidar sus estudios, debe hacerse cargo de la casa, atender a su padre y a un hermano mayor, para quienes lava, plancha y cocina, transformada por fuerza en la “mujercita del hogar”. La delgadez le permite desdibujar de su cuerpo todo atractivo femenino, protegiéndose de este modo de sus propios impulsos edípicos. Esta moderna *Cenicienta* no halla perdón para su madre, quien debemos agregar se halla en otro país con el propio padre, un anciano a quien atiende con devoción. La joven por un lado disfruta secretamente el “fracaso” de su madre: ella cree ser mejor y demostrarlo organizando la casa y administrando el dinero familiar con equilibrio y mesura; por el otro, se siente aterrada: está dentro de su propia trampa. En este caso se muestra una conflictiva neurótica, veremos de inmediato otro en que es posible advertir una dinámica mental a predominio psicótico. Las manifestaciones clínicas podrán, no obstante, coincidir.

Caso L: refiere la dinámica de sistemáticos ocultamientos y engaños en un entramado familiar, Los padres -ambos de 50 años- hace dos que no mantienen relaciones sexuales. El dice que ha perdido la capacidad erectiva, ella dice creerle. Las dos hijas pretenden ignorar que la abuela materna murió demente, Todos sostienen que la extrema delgadez de la hija menor se debe a un trastorno pilórico, por lo que la adolescente fue operada a los 16 años, sin resultados. El padre presta desmesurada atención a la comida, la madre ninguna, aunque dice sentirse “esclava de las cacerolas”. El afirma irónicamente: “No me importa comer ravioles tres días seguidos, pero al menos espero que les quite el papel para cocinarlos”. La muchacha pasa semanas encerrada en su cuarto, cuando sale suele acercarse al padre para tocarlo, entonces huele sus propios dedos mientras se chupa la lengua. “Me gusta tomarle el olorcito”, dice. Su representación paterna es la de un padre nutricio; la propia lengua, su objeto autista.

La anorexia en las psicosis, muchas veces de mal pronóstico, puede ser una más de las conductas negativistas vinculadas a cuadros autistas, catatónicos o delirantes (en el

rechazo a la comida por temor a ser envenenado, por ejemplo). En los cuadros depresivos, la negativa a comer es genuina y se inscribe dentro de un contexto más abarcativo que comprende desánimo profundo e inhibición general. También es posible observar anorexia como resultado de tumores, en síndromes de impregnación oncológica,, etc. Todos estos cuadros deben distinguirse de la anorexia nerviosa genuina.

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana, es muy conciso en sus precisiones considerando suficiente para el diagnóstico de anorexia nerviosa: el rechazo contundente a mantener el peso corporal; el miedo intenso a engordar; la alteración de la percepción del propio cuerpo; y en las mujeres, la ausencia -de los ciclos menstruales. Señala dos tipos: el restrictivo y aquel que alterna episodios de voracidad seguidos de purgas, con los períodos de anorexia.

Caracteriza por su parte a la bulimia nerviosa por episodios recurrentes de compulsión a la ingesta voraz y conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido, o la utilización de laxantes, diuréticos y enemas, y la hiperactividad; atracones frecuentes, y preocupación persistente por el peso y la silueta.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES TEÓRICAS: ABORDAJE TERAPÉUTICO.

Sin duda, los pacientes con trastornos de la alimentación se "desviven" en la búsqueda de control; si tienen éxito sólo habrán desplegado, con ingenio, infinidad de conductas indirectamente autodestructivas. Las interpretaciones del fenómeno son muy diversas, y van desde el supuesto de "enfermedad cultural", con el consecuente intento de producir una "cultura sin enfermedad" a través de una re-educación de estilo conductista, hasta el de "histeria grave". Algunos autores consideran que la obsesión por una figura cada vez más delgada no es sino expresión de la presión que la sociedad ejerce sobre la mujer, obligada a conformarse al patrón de belleza de moda. En tal sentido, afirman que la estética de la delgadez es característica de una sociedad de "abundancia" que ve "vulgaridad" en la grasa y la gordura. Pero no es posible soslayar el hecho de que estos cuadros no son de novedosa aparición. El ideal de belleza romántico correspondía a fines del siglo pasado, a la imagen de la mujer enferma. Morbidez era sinónimo de femineidad y la respuesta femenina a las presiones de su tiempo podía expresarse de dos modos: una rebelión activa e histriónica, como en la histeria, o una poética pasividad como en la tuberculosis.

No obstante, el diagnóstico repetido de **consunción** (consumption) en sintonía con el culto a la invalidez de la mujer, correspondía no siempre a la tuberculosis, sino que con frecuencia enmascaraba una anorexia nerviosa. Además, si bien este modelo explicaría la reiteración con que el cuadro se presenta en mujeres, no da cuenta de la dinámica intrapsíquica individual.

Otros autores generalizan el modelo neurótico (deseo-defensa-síntoma) a todo tipo de anorexia, construyendo para ello una hipótesis que lo justifique y que implica el deseo de la joven de concebir un hijo de su propio padre, la represión del mismo y la vuelta de lo

reprimido. En tal sentido la fantasía de embarazo oral llevaría a la paciente a inhibir la ingesta drásticamente, como expresión de temor al embarazo y a la sexualidad en general. Mas en la anorexia nerviosa no nos hallamos frente a un síntoma, sino a un síndrome, y lo que es aún más significativo, la defensa hegemónica no parece ser la represión.

En nuestra opinión, un entendimiento mas profundo de estos cuadros es posible si tenemos en cuenta las fallas en la estructura narcisista, el entramado defensivo, el trauma y el modo peculiar de procesar el mismo. Pese a las dificultades de su abordaje terapéutico, el modelo utilizado en la clínica psicosomática representa, en nuestra experiencia, el vehículo terapéutico más eficaz en el abordaje de los trastornos de la alimentación. Todas las áreas en que se manifiestan son contempladas simultáneamente por un equipo multidisciplinario.

El aspecto psicoterapéutico involucra tratamientos ambulatorios individuales, con las características de una terapia breve, no por la duración de los mismos, sino por su dinámica y plasticidad, y por incluir objetivos. La clínica, centrada en la escucha, es precedida necesariamente por la construcción de una relación empática; donde el analista recupera el espectro afectivo para el paciente. La dificultad de éste para aceptar el encuadre adquiere una significación particular en relación a los conflictos vinculados con la autoestima, que empero pueden ser sorteados toda vez que la rigidez sea evitada.

Nunca incluimos prohibición alguna, en particular toda vez que advertimos que el lenguaje de la oralidad ha invadido su discurso. Consideremos que estos pacientes se hallan generalmente a merced de un ideal tiránico con pretensiones omnipotentes. La eficacia de las intervenciones terapéuticas, se basa inicialmente en el montaje del vínculo y la construcción de un sostén de la autoestima a partir de la desinvestidura de la identidad patológica (soy bulímica, soy anoréxica, etc.) .

El problema de la identidad, de todos modos, adquiere un perfil crítico en tanto la difusión mediática a la vez que proporciona un conocimiento muy vasto de la enfermedad, opera como propiciador de un “contagio”. Es por esta razón que no incluimos estos pacientes en grupos, nuestra opinión es adversa a los mismo, ya que creemos que en general potencian la enfermedad, reforzando la alienación de la identidad.

La familia siempre entra en tratamiento, aunque la experiencia nos muestra que en gran parte de los casos la respuesta que opera es del tipo “como si”. En éstas, rigidez, sobreprotección, enmarañamiento e incapacidad para resolver los conflictos, dificultan las relaciones entre los miembros, a la vez que favorecen el ocultamiento. cuando somos exitosos, los pacientes alcanzan espontáneamente la autonomía respecto de su medio familiar, aunque en circunstancias comprometidas sólo lo logran a partir de un aislamiento del mismo.

Por ello la internación siempre está contemplada, si bien sólo un riesgo severo la determina en el caso específico en que las condiciones físicas del paciente lleguen a límites críticos, por descompensación o pérdida de peso extrema; en estas ocasiones se lleva a cabo la misma en el área de clínica médica, bajo nuestra absoluta supervisión.

NUESTRA APUESTA: RESPUESTA POSIBLE A PROBLEMAS ACTUALES

**Psicoanalista Tita Florio
Presidente de la Fundación Hecho con Arte**

a- Planteamiento del problema

Este proyecto es el resultado de una interpretación de las consecuencias, que en el - orden del campo de la salud, han tenido cambios que ha sufrido la sociedad, desde los diferentes ámbitos.

Denominamos a las problemáticas de las que nos ocupamos (bulimias, anorexias, drogadicción, alcoholismo, afecciones psicosomáticas, stress, entre otras) **síntomas sociales** por cuanto el malestar que producen es tal, que nadie queda indiferente. Así es como desde diversos lugares se proponen, se intentan respuestas que están en función de poner una barrera a esto que ha dado pruebas de un crecimiento vertiginoso.

Tal es así que desde países como Estados Unidos se han invertido fortunas en prevenir o frenar la drogadicción pero su crecimiento ha ido en progresión geométrica, lo que ha puesto en estado de alerta a políticas sanitarias responsables de propuestas vigentes.

El problema es de tal envergadura que España ofrece subsidios y premios por intermedio de entidades gubernamentales y no gubernamentales a quienes estén en condiciones de dar respuesta a la situación de marginación en que han quedado tanto ancianos, como mujeres y jóvenes- de los distintos estratos sociales que no han podido insertarse en la red productiva, lo cual acarrea consecuencias terribles para la salud de quienes no tienen un lugar en la sociedad.

Todo esto da cuenta del interés a nivel mundial por hacerle un lugar a quienes han quedado segregados marginados, afuera de la sociedad tal y como está construída en la actualidad con los adelantos a nivel científico y técnico, que han producido como consecuencia gran cantidad de mano de obra desocupada.

Creemos que las propuestas vigentes, en lo que al campo de la salud se refiere han fracasado por desconocer lo estructural de estas problemáticas.

2- Introducción

Nuestra lectura es la siguiente:

Las, enfermedades de nuestro tiempo, nombradas por nosotros como ‘fuera del discurso’ testimonian de la dificultad para sostener los lazos sociales, o más aún el haber roto los lazos con los otros, lo que deja a alguien aislado, marginado, exiliado, a veces puntualmente, a veces de por vida.

El aislamiento es consecuencia de una falta estructural, que los pone bajo la amenaza permanente de confundirse con el otro, de despersonalizarse, desintegrarse. Entonces la ruptura de los lazos con los otros funciona como un resguardo y en la sociedad que esto los sume buscan acompañarse para aliviar la situación con la droga, el alcohol, la comida, concentrarse en la preocupación por un órgano’ enfermo, etc.

Además quien se encuentra en esa situación no puede hacer eso, aunque sabe, lo conducirá a su propia ruina. Así es como alguien comienza a alcoholizarse porque esto le

produce un cierto alivio de malestar de vivir, pero cada vez es necesario más y menos duradero es el efecto deseado. Algo similar ocurre con la droga que en un principio se constituye en remedio para virar dramáticamente a veneno, veneno que no se puede tomar.

Encontramos en las propuestas vigentes diferentes puntos de no resolución. Por ejemplo: Considerar a bulimias y anorexias como problemas alimentarios, iría por la vía de culpabilizar a las madres, porque sea quien sea, quien se ocupe de la alimentación, ésta es una función materna. Entonces las madres culpabilizadas no quitan la mirada de sus hijas, creando una psicosis colectiva.

Las agencias de publicidad que han sido puestas en la mira como culpables de proponer ideales estéticos tales, que llevan a las jovencitas a perder kilos para estar a la altura de la época, se han preocupado por estas cuestiones, pero al no contar con el asesoramiento adecuado, utilizan slogans, ajustados a las problemáticas maternas, pero que de ninguna manera llegan a lo estructural, es decir a quienes efectivamente padecen de bulimias o anorexias.

No se trata de que quien comienza una dieta vaya a convertirse en anoréxica, ya que son muchas las jóvenes que al llegar al peso deseado, a la figura esperada, se detienen, porque les funciona un límite. Pero esto no ocurre a quienes están bajo ese mandato que pide más y más y a merced del que no se puede dejar de no comer.

Esto, se extiende a las campanas de prevención, que a pesar de la preocupación y la ocupación, así como también de la importante inversión en dinero, no han obtenido respuestas acordes a las expectativas.

Por otra parte, las entidades asistenciales, que con una intuición de lo estructural, se han constituido en hospitales de día o comunidades terapéuticas, logran por un tiempo la estabilización, por el marco simbólico que toda institución crea, pero esto no se sostiene, ya que cuando quienes allí se tratan deben enfrentar la trama social nuevamente, con la diversidad que esta conlleva, sufren recaídas y esto trae como consecuencia, internaciones reiteradas, cuando no son empujados al suicidio.

Decimos que consideramos a estas enfermedades síntomas sociales lo que no implica tratamientos masivos. Ya que la medida de cada uno es diferente, y por muy diversas cuestiones se ha arribado a ese lugar. Lugar de denuncia, de escándalo, de barullo. No de palabras, en tanto a-dicción implica no-dicho, y diferentes cosas (comida-droga-alcohol) pueden ir a ese lugar de no dicho al precio de no permitirle a alguien desplegar sus palabras, sus marcas, sus... para construir, para producir algo interesante y propio.

C-DESARROLLO

Entonces nuestra propuesta es la siguiente:

Consideramos al menos tres instancias: una constituye el interés de nuestro proyecto en el campo de la salud, es decir en la función asistencial, otra en lo social, de difusión y asesoramiento, la tercera el interés de la investigación y formación de recursos humanos.

c-I Asistencia - tratamiento

Constituye un tratamiento no tradicional, pero hemos encontrado que este dispositivo se ajusta perfectamente a las estructuras en juego.

El dispositivo está estructurado en tres tiempos

-Un primer tiempo en el que se crean las condiciones de escucha necesarias para que el paciente se encuentre con aquello que lo constituyó, que hizo de él una persona diferente de otra, pero que por diversas razones no está a su disposición. Este camino le permitirá encontrarse con sus recursos, sus herramientas, que le posibilitarán crear o inventar, producir una obra que tendrá el estatuto de tal en tanto pueda ser sometida al intercambio y reciba el reconocimiento social.

-De la sanción recibida puede hacerse de un nombre que lo identifique. Aquí es necesario que intervengan otros, que hemos dado en llamar auxiliares, cuya función es la de acompañar al paciente en sus búsquedas y sus encuentros. Quienes cumplen esta función operan allí donde las dificultades en los lazos se presentan (escuelas, clubes, etc.)

-En un tercer momento los que participan de este dispositivo se hacen cargo de producir los canales que posibiliten la circulación de lo creado, o producido para ofrecerlo al reconocimiento social.

La estructura organizativa que hace posible la implementación de el referido dispositivo consiste en:

“La Casa Ambar” es un lugar de contención y encuentro con otros y con una escucha permanente para las dificultades.

Se trata de una estructura abierta con un ir y venir fluido. No constituyéndose en hospital de día ni comunidad terapéutica con horarios rígidos ni propuesta de talleres estáticos.

Es así que quienes allí se tratan pueden encontrarse con otros, diversos, ya que la casa se ha constituido en un lugar para los jóvenes de nuestra comunidad en general, quienes participan de los diferentes talleres de música, danzas, plástica, padezcan o no las enfermedades mencionadas. Así los lazos que se van constituyendo no son entre marginados y segregados sino con.. otros jóvenes.

Decíamos entonces, lugar de contención y encuentro con otros y con una escucha permanente para sus dificultades. Quienes cumplen la función de auxiliares ocupan un lugar de bisagra en este continuo hacer del adentro un afuera y del afuera un adentro. Al operar en las situaciones en que las dificultades se planteen a veces será necesario intervenir en otros discursos y en los lugares que se practiquen, por ejemplo tribunales de justicia, escuelas, clubes, etc.

En función de esto la estructura organizativa ha contemplado un espacio de interdiscursividad, ya que las problemáticas de las que nos ocupamos comprometen a distintas prácticas ocupadas por ar respuesta a tan alarmante situación. Por lo tanto, otros, abogad&, médicos, religiosos, sociólogos, políticos, han sido convocados por

nosotros, ya que no es posible pensar que desde uno solo de estos campos se puede abordar la complejidad que estas cuestiones conllevan.

Esta práctica de la interdiscursividad es considerada por el psicoanálisis como una práctica ética, donde el acento está puesto en las consecuencias. La pregunta es ¿Qué hacemos haciendo eso que hacemos? La puesta a trabajar de esta pregunta está dirigida a que cada practicante de los diferentes discursos puedan hacer un juicio de su propia acción y poder situar el punto de imposibilidad del discurso que se practica. A partir del punto de imposibilidad es posible hacerle lugar a otros y es la condición para no caer en la impotencia.

Otra cuestión de suma importancia contemplada en esta estructura organizativa es la reinserción laboral. A tal efecto la función se ha propuesto la búsqueda y procuración de recursos económicos genuinos que hagan posible un ingreso constante de orden financiero así como el restablecimiento de fuentes de trabajo para la reinserción de pacientes que se encuentren en condiciones de integrarse nuevamente a la trama social.

Para ello se están gestionando acciones solidarias al encauzamiento de pedidos y la atención de ofertas que podrían ser de carácter Municipal, Provincial, Nacional y/o p r i v a d a s .

C-2 SOCIAL - TRANSMISION

La Fundación Hecho con Arte está en condiciones de ofrecer a la comunidad:

Tratamientos de bulimias y anorexias en la “Casa Ambar”, que funciona como un dispositivo para tal efecto. Esta es la primera de una serie de casas que se abrirán para atender a las especificidades que cada una de las enfermedades denominadas por nosotros síntomas sociales requieren, con la especificidad inherente a cada uno (stress, drogadicción, enfermedades psicosomáticas, etc.)

Acompañamientos en los casos que resulte necesario poner en juego este item contemplado en el dispositivo.

Reinserción productiva en la trama social de quienes allí se tratan.

Asesoramiento a campañas de prevención, ya que como dijéramos, es necesario llegar a lo estructural para obtener una respuesta, de lo contrario, y como ha venido ocurriendo hasta el momento caen en el vacío, con el consecuente desperdicio de esfuerzos y dinero. Hasta el momento hemos sido consultados desde organismos gubernamentales y no gubernamentales por el fracaso al no apuntar al meollo de la cuestión.

Asesoramiento en campañas de publicidad, ya que los medios de comunicación en el momento actual constituyen una importante vía de difusión.

Orientación dirigida a aquellos que realicen su tarea con jóvenes, como maestros, profesores, entrenadores, etc., que al encontrarse con estas problemáticas nos consultan permanentemente. Así como también a entidades o asociaciones con una preocupación solidaria y legítima respecto de la problemática actual.

C-3 Formacion de recursos humanos

Dispositivos

Estamos interesados en la formación de recursos humanos, a los efectos de capacitar a quienes se encuentren interesados en estas cuestiones. Nos autorizamos en haber concebido este proyecto a partir de una lectura de los puntos de no resolución de las propuestas vigentes, de haber apostado a ello, haberlo puesto a prueba y encontrarnos en permanente investigación y causados por la pregunta ¿qué hacemos haciendo lo que hacemos?, que es una pregunta ética y que constituye la permanente interrogación por las consecuencias.

A tal efecto hemos puesto en marcha dispositivos con los que contamos quienes trabajamos allí y consisten en dar cuenta permanentemente de lo que hacemos y las consecuencias en cada caso.

Los dispositivos son:

- Sección clínica: 'espacio donde son presentados a la consideración de los otros los tratamientos que cada uno conduce, con las operaciones correspondientes y la puesta en juego del dispositivo según el caso (acompañamientos, función de la casa como lugar para estar, internación puntual, etc.)
- Marca del caso: Este es un espacio del que participan quienes trabajan con pacientes en la Casa Ambar, y constituye un lugar de interrogación respecto de los pacientes y de cada uno de los analistas, tomando los puntos álgidos de cada cura, es decir los puntos de detención o impasse, para trabajar y destrabar las cuestiones que pudieron obstaculizar.
- Interdiscursividad: En este espacio nos reunimos los practicantes de diferentes discursos, que operan con el real que estas problemáticas ponen en juego, porque si se trata de prácticas vigentes es porque en algún punto pueden responder. Estos encuentros han dado prueba de enriquecernos a partir de interrogar a otros y dejarnos interrogar por otros.
- Cartels: Constituye el dispositivo por excelencia para mantener el lazo en permanente interrogación, considerando que no es posible abordar problemáticas sociales sin esta condición. Es la modalidad de trabajo que los analistas hemos encontrado para reunirnos y poner el acento en la producción, dejando fuera los efectos de grupo. De este dispositivo participan cuatro personas y se renuevan los integrantes cada- dos años, momento en que se dan a conocer los resultados del trabajo realizado.
- El análisis personal y la supervisión son requisitos indispensables para quienes nos encontramos convocados a partir de esta apuesta con los alcances y los límites de lo que practicamos.

**Fundación Hecho con Arte
San Lorenzo 2325
Teléfono 257344
ROSARIO**

“UN AHÍ QUE NO CESA DE NO REPETIRSE”

**Susana Crosa (Psicoanalista de 15
Casa Ambar - Fundación Hecho con Arte**

Cuando recibo la derivación de esta paciente ignoro cuál había sido su experiencia anterior en el análisis y el desenlace del mismo.

Este “no saber” acerca de estas cuestiones provienen tanto del analista que la deriva como de la paciente misma.

Comienzo a trabajar con ella en Diciembre de 1994, la joven tenía entonces 20 años.

Su aspecto era cadavérico, pesaba sólo 25 kg. teniendo una estatura de 1,70m.

Ella cuenta que comienza con su problema de anorexia a los 15 años. A esa edad había tenido un novio y a partir de la ruptura de esta relación deja de comer y de menstruar.

En las primeras sesiones ella daba informes médicos acerca de su estado de salud general y del funcionamiento de su organismo.

En función de esto comencé a trabajar con sesiones más cortas que las habituales para acortar el saber que portaba.

En las siguientes entrevistas dice que su problema era la madre. Su mamá no le podía faltar a ella ni ella a la madre.

En ese momento le señalé que era lo que no podía perder. A partir de eso ella puede hacer otras cosas.

La semana siguiente me cuenta que la abuela se había ido de vacaciones y que ella se había instalado en su casa.

Estando allí, hace presentes para la Navidad, realiza tarjetas y todo tipo de manualidades para entregar para las fiestas. Dice también que quiere trabajar manualidades para entregar para las fiestas. dice también que quiere trabajar.

Come cosas que antes no comía, aceite por ej. y engorda 4 kg.

Cuenta también que no vomita, aunque tiene ganas de hacerlo.

Trae a sesión un sueño: en el sueño ella vomitaba, es decir en el sueño hacía presente su síntoma.

La noche de Navidad fue a comer a la casa de la madre y se enteró que su mamá se iba de vacaciones sin ella.

Cuando se entera de esa partida comienza a comer, comer y vomitar porque se siente muy sola. En realidad comienza a tragar y vomitar.

Ella dice “mi madre se va”, con esta frase le da consistencia al hecho de que está ausente, está hablando en función de dar consistencia a una falta. El saber que portaba es también un punto donde tiene consistencia el tema de la falta.

Estar en relación a la falta es estar en relación a los agujeros del cuerpo.

Comer tiene que ver con la actividad sublimatoria, es siempre una actividad relacionada con la cuestión materna. tragar es una actividad pulsional donde lo que traga pasa por un agujero sin ella.

Tragar tiene que ver con su demanda no articulada a ella. Vomitar está relacionado con la demanda del Otro.

Cuando hay una demanda materna en juego o cualquier demanda que se maternalice, ella vomita, por lo tanto si ella no está próxima a la demanda de la madre no vomita. Traga porque hay una pulsión oral operando, una pulsión que no se articula verbalmente.

Cuando describe esta actividad de comer tragar y vomitar, intervengo en este punto para que pueda considerar qué hace cuando hace eso.

Después de un tiempo cuenta que aceptó que tenía un cuerpo, dice que ya no es anoréxica porque pesa 43 kg., que ahora es bulímica.

En esa sesión llora y comenta que había estado vomitando todo el día y que su madre le había dicho: “vos vomitás porque te gusta, te debe dar placer”. Ella por primera vez dice: “no se dan cuenta de que sufro, cuando vomito sufro”.

Mi posición es incauta y le creo, esto posibilita que cuente un recuerdo encubridor. Esta escena es de cuando ella tenía 5 años.

“Estaba en una casa, en penumbras y escucha a la madre gemir, se asoma a una puerta de donde salían los gemidos; y ve al actual marido de la madre que estaba desnudo sobre ella”. Ella interpreta que le estaba haciendo daño y grita, en ese momento la madre le dice que se retire.

Después de este relato comenta que en realidad su madre no estaba sufriendo, estaba teniendo relaciones, es decir estaba experimentando placer.

Entonces yo le digo “confundiste el placer con el sufrimiento”. En este acontecimiento ella hace una corrección de una interpretación errónea. La pregunta es por qué?.

Por un lado está la falta y todo lo referido a lo sexual y por otro lado para ella, la acción sobre el cuerpo está inscripta como dolorosa. Cuando la madre se acerca, no está la posibilidad de ternura sino que está el golpe. Para ella lo importante es el acercamiento cuerpo a cuerpo y con ternura.

El sufrimiento que el vómito le provoca la conduce a la interpretación. Su interpretación la sitúa con respecto al sufrimiento del Otro.

La esquizia que se establece entre, el saber y la verdad es la que se establece entre el cuerpo y el goce, el goce sexual porque el goce que ella estableció es el del dolor.

El síntoma va tomando distintas presentaciones, la presentación actual es correlativa al recuerdo, no va separado de que ella pueda recordar porque se trata de una operación de dos tiempos: toma y rechaza.

Lo que aparece luego en su discurso es que no puede salir de su casa, no puede hacer todo lo que quiere hacer. No puede dejar de estar ahí, lugar donde está su madre; según sus palabras persona que ama y odia.

Trae a sesión un sueño. Cuenta que estaba en un edificio, y que bajaba por una ,escalera - caracol, cuando llega a un hall se encuentra con una amiga, esta amiga tenía cáncer en una pierna. Allí se detiene y aclara que es la misma amiga que murió de Cáncer en la cara mientras estaban internadas juntas en una clínica. Sigue el relato del sueño y dice que cuando se quiere ir del edificio se angustia y se despierta.

Después comenta que no puede salir de la casa y empieza a faltar a las sesiones.

Esto es una fobia, porque la angustia aparece al querer salir. La angustia es de querer salir al exterior, afuera.

La anorexia se va asociando a una fobia. En la fobia está el padre, en el síntoma ese hay algo del orden del padre.

“El no puede salir” dice que hay un exterior, si hay exterior es porque hay deseo pero ella está ajena a ese deseo, quiere hacer algo pero no puede dominar.

La fobia es una forma de organización del goce en un nuevo síntoma, pero analizable más pasible de operaciones. Lo que está en juego es que no puede decir que no a la madre, La fobia es la forma de inscripción del no porque tiene referencias a la madre pero está hecho con el padre, el padre muerto.

Ella no puede poder, no puede inscribir algún tipo de falta, la fobia es una forma simbólica de inscribir algo del padre.

Un día llega al consultorio antes de la hora prevista, yo estaba comiendo una ensalada en la cocina y escucho que se sienta en la sala de espera, me paro y me acerco a la mesada y comienzo a comer de pie. Ella golpea y le permito que entre ahí, me ve comiendo muy rápido.

Ella tenía un bols con comida arma una mesita pone un repasador como mantel, toma un vaso de agua y comienza a comer pausadamente. Yo sigo comiendo de pie sin decir nada. Cuando termino me retiro para atender a un paciente. Cuando haga su turno la atiendo y trabajamos sobre lo sucedido.

Al día siguiente cuenta que tuvo sueños divertidos, que nunca había tenido este tipo de sueños (antes, sus sueños eran de muerte y persecución).

Ella hace una conexión de la escena de la cocina con sus sueños divertidos. Ese episodio accidental fue asociado a la satisfacción, satisfacción que no fue rechazada. La comida para ella está asociada a la cuestión de la angustia, la experiencia conmigo donde el asunto de la comida kno era una situación de angustia, aparece la figura escencial del alimento para cualquier persona para ella ésto no funciona así. El alimento está en relación a la sublimación de la cuestión materna, traga porque hay una pulsión oral operando que no se puede sublimar, no se puede articular verbalmente.

Durante todo este tiempo de tratamiento ella insiste en señalar que lo que le enferma es la casa de la madre. Dice que es ahí donde se enferma, en ese lugar.

Lo que aparece en el discurso es la necesidad de irse de ahí, poder independizarse y hacer lo que ella quiera.

Este es su ideal, lo importante de su ideal es s que eso orienta a su deseo, cuando ella dice irse de ese lugar, le está dando consistencia a la falta, porque irse de ese lugar para el inconsciente es “le voy a faltar”.

¿Qué hace ella con la falta?.

Dice me quiero ir. La castración de la madre está instrumentada, está manipulando la castración. Ella tiene la castración de la madre como rehén. Es como si dijera: le voy a faltar al Otro, si le falto al Otro por un lado relanzo el deseo del Otro y abro la angustia también.

Intento gastar esa consistencia de la falta, interrogo en ese punto para que ella lo analice.

La expresión: “de ahí me tengo que ir” al mismo tiempo que dice de la prohibición del incesto, dice de un lugar de exclusión y constitución fantasmática.

Le pregunto si ese ahí lo ha encontrado en otros lugares que no sean la casa de la madre.

A partir de aquí ella comienza a dejarme mensajes, informes de sus actividades diarias, para que yo supiera qué hacía.

Su ahí en relación a mi quedó interrogado, vacilante, ella queda bajo el saber de que su ahí no tiene que ser la casa de la madre.

A partir de aquí ella comienza a dejarme mensajes, informes de sus actividades diarias, para que yo supiera que hacía.

Su ahí en relación a mi quedó interrogado, vacilante, ella queda bajo el saber de que su ahí no tiene que ser la casa de la madre.

Me pregunto que asunto está armando en relación a mi.

Está haciendo una neurosis de transferencia. No sólo se repite la relación con su síntoma sino que está construyendo conmigo algo semejante a lo que le sucede con la madre.

A partir de eso yo le posibilito que se pregunte que es lo que hace cuando hace esto.

Yo pasé a ser parte de su síntoma de eso no me tengo que olvidar, la madre olvida que forma parte del síntoma. La madre puede sentirse responsable pero de ninguna manera puede implicarla. Yo le implico en lo que está construyendo.

El trabajo se dificulta por la insistencia de ese ahí que la enferma y se hace presente en todas las sesiones.

Un día dice que se siente muy mal, que le tiene miedo a la vida, que tiene miedo a salir, que no puede pensar y que vomita todo el día. Se desespera durante el relato.

No es poca cosa lo que dice, dice que tiene miedo a la vida, que tiene miedo a salir, que no puede pensar y que vomita todo el día. Se desespera durante el relato.

No es poca cosa lo que dice, dice que tiene miedo a la vida, pero en realidad da toda una vuelta porque el deseo puede estar tomado y estar en los fantasmas, los fantasmas no están en la casa están en el mundo exterior.

Entonces bajo responsabilidad de ella le señalo que el ‘análisis está condicionado a lo que ella dice: “salir de ahí”. Con esta intervención pongo una condición para la continuación del tratamiento.

A partir de ese momento todo su discurso gira entorno a que esta buscando casa y trabajo.

En poco tiempo consigue ambas cosas. Ahora comienza a hablar de sus nuevos vecinos, de los adornos que está comprando para su nueva casa y también cuenta que su madre es la que más la ayuda en sus emprendimientos.

En estos momentos está abocada a conseguir trabajo para poder cubrir sus gastos en el futuro ya que los dos primeros meses de alquiler los pagó con sus ahorros y comenta que disminuyó notablemente la frecuencia de sus vómitos.

Mis intervenciones ahora interrogan el “no puedo pensar”, introduzco de esta manera el “que”, barrera que posibilita la emergencia del sujeto. Con el “que” introduzco un tiempo entre el pensamiento que es el discurso del Otro y el síntoma. En ese punto trabajo en este momento.

**FUNDACION HECHO CON ARTE
SAN LORENZO 2325
TE 257344
‘ROSARIO.**

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO
(Centro de Actualizacion en Experiencia Humana)

Equipo de profesionales:

Dr. Javier Remiro
Lic. Mirta Carrazzone
Lic. Elena Lentino
Lic. Sandra Garibaldi
Dr. José Luis Remiro
Dra. Sandra Podestá
Dr. Ricardo Minaverry, Supervisor
Lic. Patricia Pichioniy
Lic. Graciela Arilla
Dr. Elvio Formica
Dra. Griselda Rossitto

Supervisores:

Dr. Vicente Donolli
Dr. Marcelo Gitterman
Lic. Alicia Cortalezzi

INTRODUCCIÓN:

El presente caso, fue elegido por el equipo, a pesar de ser un caso difícil, donde no todo salió tal como hubieramos deseado, debido a que permite por su sintomatología heterogenea, mostrar la esencia de lo que a nuestro criterio deben ser los tratamientos: Adaptables al tipo de paciente y a las características situacionales en las que se halle. Para lo que un equipo debe contar con los elementos necesarios para brindar asistencia integral multidisciplinaria, o tener la flexibilidad para adaptarse si no la tiene, o el paciente no lo permite, a otros profesionales tanto de propia o diferentes disciplinas que se hallen involucrados para poder funcionar como un centro integrado; desde donde se logre, que el paciente sea orientado hacia las soluciones de sus problemas. Desde el punto de vista psicoterapeutico, creemos necesario esten en el equipo los profesionales, la amplitud de criterio, y los elementos minimos necesarios para poder realizar terapias de tipo' multimodal que puedan ir variando de estrategias acompañando los cambios del paciente, hasta lograr que el mismo en los tiempos mas cortos no necesite de nuestra compañía, y se pueda sustentar en sus proyectos a futuro, en su propia capacidad de resolución de problemas, en el conocimiento de sus limitaciones, y en su capacidad de elegir los mecanismos que crea necesarios para que pueda ir logrando mejorar cada día mas su calidad de vida.

PRESENTACION

Se trata de Vero G. , una adolescente de 18 años, quien concurre acompañada ‘por su profesora de biología, del establecimiento nocturno donde concurre para cursar el 2º año del secundario. Solicita una entrevista orientativa para informarse. Se le realizan entonces dos entrevistas consecutivas con un psiquiatra y una psicóloga del equipo de admisión. Refiere que si bien cada día se encuentra peor, no sabe si hará tratamiento ya que, “lo intente sin resultado, a pesar de que me atendió una gran mujer y terapeuta... realmente me quería.... luego se murio . . .hace seis meses,” Refiere también que :” estoy tomando todo lo que cae en mis manos para bajar de peso, cascara sagrada; hiervas y otros laxantes, diuréticos, . . . me veo horrible... tengo terror a engordar mas todavía.” Refiere que se produce vomitos al menos dos veces por día, luego de cada comida. Al ser consultada refiere tener menstruación irregular, reconoce que su postura al estar sentada intenta disimular su figura, y que el usar un bolso es su forma de taparse mientras camina sus gluteos. Al referir su peso y talla podemos concluir que presenta un BMI dentro de los rasgos de normalidad (21,7), y que se percibe interesante distorsión del esquema corporal, probablemente relacionado a que su estado anímico durante la consulta es de tipo hipertímico displacentero. Por el tipo de estado anímico, por sus vestimenta y por las características de impulsividad que refirió, se busca probables signos y síntomas asociados, para lo que se modula el tipo de preguntas (P.N.L.), a fin de vencer la reticencia de la paciente a contar otros datos. Comienza a referir entonces:

Poliadicción a “porros.. merca.. pasta.. pepas.. .” o sea cannabis, antiparkinsonianos, cocaína, alcohol, benzodiazepinas, ácidos

Antecedentes compatibles con depresión asociada a situaciones de riesgo: insomnio pertinaz, cambio del ciclo sueño-vigilia, Intentos de suicidio previos, (intentos con ingestas importantes de diversas pastillas y muestra en sus muñecas cicatrices varias), drogarse en dosis mayores para animarse a cruzar calles y avenidas sin mirar, o para poder pedirle en ese estado a camiones de Manliba que la acerquen a su casa, o incitar a una persona que estaba muy drogada a que la lleve aun mas rápido de lo que iban en su moto, quedarse tendida en la calle alcoholizada o drogada, etc .

Cambios sociales, como estar mal integrada al grupo de colegio, estar a punto de perder el año por faltas, la pérdida de su terapeuta anterior, y su miedo a ser hechada por su madre de su casa (“yo no quiero mas problemas si no solucionas los tuyos te vas de casa “).

EVALUACION PSICOLOGICO - PSIQUIATRICA

Se presenta vestida de negro (estilo"... "PUNKY" .." según refiere) , cabello sucio, descuidado, con patillas rapadas.. .Actitud al principio reticente y posteriormente colaboradora; lúcida y sin presentar deterioro moral importante (nunca robó ni se picó), capacidad de abstracción conservada y de fantasía aumentada ; No presenta Proyección a Futuro alguna - ni espontánea ni estimulada -, pudiendo en cambio referir ampliamente Fantasías asociadas a su muerte. Hipertimia displacentera; Fragilidad Yoica, sensible a los cambios del clima afectivo que introduce el interlocutor Mec. Defensivos predominantes : Proyección de aspectos negativos propios en los ideales de la sociedad , Negación , Control Omnipotente de Objeto , Represión, Transformación en lo contrario, excesiva racionalización y control .Conciencia parcial de enfermedad .Lenguaje culto ritmo asociativo normal, pensamientos con abundante contenido ideacional filosófico , Deficit importante de su integración de Esquema Corporal , Alexitimia acentuada, Baja tolerancia a la frustración e incapacidad de postergación, con alta tendencia de reemplazar la capacidad de lenguaje verbal por Actings y Pasajes al Acto Importantes fluctuaciones entre Hipercontrol - omnipotencia y Descontrol- Desesperación.Miedos primitivos al abandono. Juicio conservado .No se pesquizan alteraciones senso-perceptivas, ni ideación delirante u otros síntomas psicóticos de primer orden, tampoco signos de foco clínico ó neurológico actual Diagnóstico Presuntivo : Patol. Borderline. Diagnóstico Situacional : Sin vínculos afectivos fuertes, en duelo por pérdidas recientes, y con riesgo a probables futuras pérdidas (colegio - madre).

CONCLUSION: Se la evalúa como -paciente de alto riesgo, con pronóstico reservado, sin existir las condiciones mínimas necesarias para comenzar un tratamiento en el día de la fecha (se niega a que cite a al menos a un familiar responsable de su tratamiento . . ."Yo puedo sola.. ." . ."no me des medicación porque me la tomo toda").

OBJETIVOS: Alianza Terapéutica con la paciente y participación mínima familiar.

ESTRATEGIA: Se pautaron una serie de Entrevistas Preliminares (sin N° predeterminado) mientras no se sume a su cuadro actual indicadores de riesgo inminente de Pasaje al Acto, en cuyo caso, se optaría por una Internación preventiva de Urgencia . La finalidad primordial no fue apelar a un Esquema Terapéutico rígido sino que creímos en la posibilidad del Eje Afectivo como centro que podría marcar el rumbo inicial . A modo de devolución se le manifiesta una Paradoja : "...Vení y vemos...ojalá tengas razón y vos sola puedas cambiar . ..porque en éstas condiciones . ..si vos seguís mal, nos sería imposible tratarte de ésta manera . "-

Las entrevistas en éste caso en particular las continuarían los 2 profesionales admitores - mayoritariamente - y otros miembros del Equipo (Nutricionista y Terapeuta Grupal) en menor grado Le fueron dados los teléfonos de Urgencias 24 Hs del Centro.

RESULTADOS: Luego de 3 semanas la paciente había concurrido a 7 entrevistas individuales¹ con la terapeuta grupal y 2 con la Nutricionista. Dichas Entrevistas se convirtieron por los hechos en Terapéuticas ya que se le sugirieron cambios mediante Técnicas Sistemáticas y con Marcas Afectivas (P.N.L) , debido a la fuerte alianza que Vero G fue desarrollando. En la 3° semana, No vomitó ni consumió Ácidos, Cocaína ni Pastillas, comenzó a cambiar su vestimenta imitando (Identificación espec.) la de su

Psicóloga. La traba para poderla ingresar a un tratamiento propiamente dicho la resolvió “elegantemente para todos” la misma Vero quien solicitó con enojo : “...quiero que citen a mi mamá porque no valora , ni se da cuenta de los cambios que yo hago . . .“-.

Se cita a la madre con el objeto de concordar con ambas un Encuadre posible.

COMIENZO FORMAL DEL TRATAMIENTO:

Todos los datos fueron confirmados por la madre, quien agrega otros, parece interesarse por nuestra opinión sobre las posibilidades de Vero en un Tratamiento (ya que el hermano, con un cuadro similar se halla desde hace 3 años en una Colonia de Rehabilitación con un progreso muy lento), Refiere haberse separado del marido cuando Vero tenía 11 años, que el padre “nunca se ocupó de los hijos ni brinda actualmente asistencia económica de ninguna clase “. Refiere antecedentes depresivos, vivir actualmente en casa de su madre junto a Vero, lo que crea dificultades por las conductas antisociales de ésta última y la rigidez de su madre. Agrega que Vero siempre fue muy agresiva y “maleducada”, con episodios de violencia familiar, caprichosa y mentirosa,

ENCUADRE INICIAL; Se explicita a la madre el estado actual y se acuerda comenzar con una Modalidad AMBULATORIA cuyo eje es el siguiente: 2 sesiones de Terapia Individual semanal, 1 entrevista c/Psiquiatría(ambas en una relación de Có-terapia con el objeto de poder soportar la Transferencia masiva establecida y de poder reasegurar la continuidad del tratamiento en períodos de trabajo más profundo ó ante probables proyecciones masivas negativas), 1 a 2 entrev. Nutricionales y 1 sesión Grupal semanal, 1Ter. Vincular quincenal con la madre. Esta acepta el encuadre total, haciéndose responsable tanto del tratamiento como de administrar la medicación en la casa. Medicación: Dosis bajas de Imipramina y Clonazepam que se irán subiendo progresivamente. Se solicita Interconsulta con Clínica Médica de su Obra Social, chequeos clínicos de rutina , Ionograma , EEG y se sugiere HIV previa consulta a la paciente y a la madre. El uso de la Obra social para el Area clínica se realiza con el objeto de bajar costos . Se le otorga media beca a causa de problemas económicos y se envían cartas a la Obra Social a pedido de la madre para resolver dichos problemas. Se acuerda además que Vero deberá abonar en forma personal un porcentaje mínimo (simbólico) como forma de compromiso con la Institución.

El presente encuadre se mantendría mientras no emergiera Empeoramiento de la actual tendencia. Si lo hubiere, se evaluaría el reforzamiento del Encuadre a través de Acompañantes Terapeúticos y/ó Hospital de Día, Medio día ó eventualmente Internación. Se solicita a ambas el uso de las líneas de Emergencias Psiquiátricas a fin de brindar mayor continencia al sistema operativo ambulatorio.

La 1º etapa se previó en aproximadamente 6 meses (pudiéndose renegociar los plazos), para luego evolucionar hacia una 2º etapa de Mantenimiento y Control Pre-alta.

En términos generales, los objetivos de ésta 1º etapa fueron: SUBETAPA A: Reducir riesgos, mayor tolerancia a la frustración, mejoramiento de la Autoestima (Reforzamiento Yoico) además de Desacostumbramiento y / desintoxicación de sus síntomas. SUBETAPA B: Realización de cambios “medibles” en base a metas y objetivos prefijados entre paciente, familia y terapeuta. Mejorar las condiciones subyacentes,

desestructurar posibles desencadenantes de recaídas, consolidar la autoestima y mejorar la proyección futura. SUBETAPA C: Comienzo de una cascada de cambios tomando como punto de base sus logros anteriores. El equipo disminuye paulatinamente su ingerencia a medida que es capaz de integrar todas estas modalidades a su personalidad y puede implementarlas en lo afectivo - social Esencialmente mayor Flexibilidad e Independencia. Las Subetapas pueden coexistir corijuntamente o regresionar de una a otra. Se realizan con diferentes modalidades psicoterapéuticas tanto se trate de un Tratamiento ambulatorio, Hospital de Día, Internación ó mixtos Las modalidades de atención posibles son: Terapia Individual, Psicoterapia Grupal (cerrado) , Ter. Vinculares , Teer. Familiar, Control Psiquiátrico y Psicofarmacológico, Control Nutricional, Talleres Psiconutricionales (abiertos a todo miembro del Centro) , Emergencias Psiquiátricas, Talleres de resolución de Conflictos (Ej. Ejercitación y Asesoramiento laboral), Talleres Psicocorporales , Actividad física Programada y Talleres Psicoeducativos.

Las Técnicas Psicoterapéuticas implementadas por los profesionales de nuestro Centro se organizan en torno a un eje Multinlodal que implementa sus estrategias a través de un menú de técnicas diversas: Imaginería, Sistémica, Cognitiva Posrracionalista, P.N.L , de Visualización, Psicodramáticas, de apoyo Yoico, Psicoeducativas, Guestart y Psicodinámicas.

APLICACION DE ALGUNAS TECNICAS

En el caso de Vero se diagramó un sistema de Co-terapias paralelas por diversos motivos:

a). Para poder hacer soporte de la Transferencia Masiva Terapéutica evitando el agotamiento terapéutico. b). Hipótesis: Si la Transferencia era disociada por proyecciones masivas el diagnóstico presuntivo podría pensarse como estructural, en este caso por el contrario, fue paulatinamente disminuyendo la intensidad masiva de la transferencia ya que pudo implementar externalizaciones sociales rápidamente.-así, el diagnóstico de ingreso fue interpretado por el equipo como evolutivo y situacional (“Todo adolescente es un Border fisiológico”). c). Permitted al 1º terapeuta buscar el fortalecimiento de la autoestima, reducir riesgos de pérdida de vínculos, mediante Terapia de Apoyo y la implementación de Técnicas Psicocorporales (ver luego); el Terapeuta B buscó que Vero logre una adecuación más realista entre el Yo ideal y el Ideal del Yo, a través de una mejor progresión futura con Técnicas de Imaginería , Neurolingüística y Sistémica. d). En caso de recaída -Por un lado continúa con la dirección de la 1º terapia, manteniendo el vínculo y el Terap. B modificaría el vínculo implementando medidas ‘tanto de cuidado terapéutico como adversivas (aumento de medicación, internación, puesta de límites), en el marco de Técnicas Cognitivo-conductuales.

Los síntomas alimentarios sufrieron una drástica reducción en base a la Contención afectiva , y a las Técnicas Psicocorporales implementadas; por ej. “Técnica de Re-educación Sensorceptiva Visual”: Con la ayuda de Espejos, Cámaras de Video y Rotación Geográfica de cámara Gessell (ésta última en pequeños grupos): Se les refiere la importancia de centrar el foco de atención en el Autoconocimiento Gestual - reformulación a sabiendas que en general desviarán la atención al cuerpo -, el terapeuta es el primero en crear situaciones que generen un clima relajado y distendido (en casos muy graves se invita a la paciente a observar a un compañero) a través del cuál puedan fijar

Alianzas Mnésicas diferentes - en tanto placneteras - con su cuerpo, lo cual será reforzado a través de marcas (PNL) en tanto lo lingüístico han quedado temporalmente desfocalizados. Encontramos mejor rta. con nuestra técnica en Verónica como en otras pacientes por no apuntar a la racionalización que tiende naturalmente a generar resistencias...“donde manda el corazón no lo hace la razón”...nuevamente, por tratarse de un clima no-peligroso (premio) la vía es facilitada. En una 2º etapa ante reducción sintomática se pueden agregar trabajos con fotos, dibujos, y diversas actividades a través de las cuáles se promoverá la revisión de conceptos erróneos corporales y alimentarios, y el contacto con los puntos emocionales desencadenantes de la ingesta (en base a Técnicas Cognitivas y Guealticas).

En este caso Vero logró una remisión total de los síntomas alimentarios (atracción-purga) en Subetapa A conllevando en un principio un aumento de 4 Kgs de peso para en los siguientes 2 meses comenzar a bajarlos paulatinamente. Las Nutricionistas no consideraron necesario utilizar otras técnicas salvo la orientación y psicoeducación gradual a medida que la paciente misma, por los cambios de contexto social lo demandaba en forma individual y a través del Grupo Psiconutricional.

Paralelamente Vero comenzó a traer a sesión escenas traumáticas pasadas, evaluándose como poco conveniente interpretarlo profundamente, marcarlo ni fijarlo ya que aun se encontraba en la SUBETAPA A (situacional de riesgo), aunque sí se puntuaron ciertas actitudes autodestructivas que serviría para etapas posteriores, a fin de que pudiera captar preventivamente futuras recaídas También se toman los elementos afectivos que puedan servir de anclaje de deseos de nuevas integraciones sociales (no tan narcisistas ni autodestructivas).En ninguna etapa se logra que el padre o el hermano se integren aunque sí se logran desarrollar sus ideales de vida y crear las bases del mejoramiento del vínculo con su madre.

Paralelamente que se le buscaba reducir su inestabilidad afectiva con tofranil 25mgr tres por día, y buscar mayor seguridad con menor impulsividad mediante rivotril 1.5 mgr /día, se le interpretaban sus actitudes antisociales y se premiaban las sociales adaptativas en la terapia grupal. El terapeuta individual B, buscaba desde un punto de inicio alejado de su realidad que no despierte resistencias, llevar la facilidad de fantaseo de Verónica hacia un viaje por sus gustos e ideales, marcando afectivamente, (uniendolos con sus momentos felices, o recordándolo en los momentos distendidos), aquellas fantasías que la unieran con un proyectos a futuro, que no dependieran de otra persona salvo de ella misma.

Durante este lapso, recurrió en una oportunidad a la emergencia psiquiátrica, refiriendo que estaba sintiéndose muy mal y dispuesta a tomar altas dosis de drogas. Se le indicó que caminara alejándose de donde estuviera 5 cuadras a la derecha que sería el lugar donde nos encontraríamos (por si estaba con gente que quisiera proveerselas para que se aleje de ellos hasta que lleguemos). Al llegar al lugar (llegamos mas rápido que el tiempo que le dijimos por ser de madrugada) pudimos verla unos minutos antes que llegue al lugar feliz riéndose con unas amistades. Cuando llegó al lugar se mostro angustiada, La controvertida actitud se interpreto, como una forma de evaluar nuestro interes por ella. Por dicho motivo no se la confrontó en el momento, se la contuvo como si no nos hubieramos dado cuenta, aprovechándose en las sesiones terapeuticas su mejor disposición durante la semanas subsiguientes A posterior este tipo de demandas ficticios , las realizó en dos oportunidades más.

1

Por esta época en Su discurso empiezan a escucharse Fantasías de Internación que se interpretan relacioandas con primitivos celos hacia su hermano , ya que interpreta las reiteradas internaciones de éste como EL mecanismo per se para lograr la atención de su madre. Se intenta reformular dicho mecanismo sin éxito por lo que se intensifica la elaboración de la interrelación con ella con el objetivo' de que pueda encontrar formas menos destructivas de “acercamiento”, lo cual da buenos resultados Consigue trabajo, y paulatinamente se va haciendo menos dependiente del Equipo y se identifica más con el ambiente laboral (vestimenta más “hipona”) alejándose definitivamente del Grupo de los “Punkies” .

Se evalúa el comienzo de la SUBETAPA B, luego de una entrevista Vincular, con la madre en la que esta reconoce y revaloriza cada uno de los cambios que percibe desde hace ya un tiempo en Vero, quien requerirá varios días para elaborar las concecuencias, de dicha sesión (desaparecen las fantasías de internación y de celos). Comienza una etapa muy favorable con experiencias positivas en el Area laboral (es ascendida a encargada del local), en las relaciones interpersonales , con la madre y con excelentes notas en el colegio. No presenta síntomas alimentarios ni adictivos salvo ‘alcohol y marihuana (durante los fines de semana).Comienza a imaginar “grandes” proyectos que cuentan con el apoyo de su madre y de los amigos : irse a vivir sola (aunque sus base impulsiva hace que lo planifique en el corto plazo ‘).Todos la apoyan en exceso.

Comienzan a surgir actitudes manipulativas histriónicas, falta a terapia individual 2 veces consecutivas así como las consulta: nutricionales; las entrevistas familiares se distancian y Verónica continua recibiendo todo el apoyo y la admiración de sus compañeras y jefa de trabajo y de su madre por sobretodas las cosas . Estos episodios coinciden con otra novedad: Vero comienza a “transar’ con un Javier (adicto y aparentemente traficante). REGRESA A LA, SUBETAPA En la reunión de Equipo de profesionales quedan alertados de la situación y se planifica “presionar sobre los vínculos” de Vero, su madre y su Jefa (con quien habíamos tenido una entrevista previa) con la Institución y con los terapeutas pero sin el resultado esperado (nadie se atreve a ver algo no perfecto en, Vero : sin conciencia de situación). Comienzan a acentuarse los mecanismos manipuladores e histriónicos en diversos ámbitos: trabajo, escuela, tratamiento y las relaciones vinculares con Javier. (Responde a nuestra presión volviendo a no faltar a terapia dónde interpretamos y se psicodramatizan diversas situaciones potenciales). Comienza a tener problemas de pareja en tanto el consume y ella se niega , problemas que se refuerzan ante las reacciones histéricas y manipuladoras de Vero (inconcientemente relacionadas con su vida sexual). Cuando Javier imprevistamente comienza a salir con una compañera de trabajo de Vero, ella dramatiza una escena en la que refiere haber tomado 14 antidepresivos y 17 anticomisiales luego de lo cual concurre a nuestra Institución acompañada por una compañera de trabajo. Inmediatamente la trasladamos, acompañamos y colaboramos con los médicos del Htal de Clínicas en el Lavado Gástrico; se intenta pezquizar arritmias, pero finalmente los esfuerzos se encaminan a regular la sintomatología histriónica de Vero. Se va de alta 16 hs después. (Diagnóstico Psicopatológico del Htal: Esquizofrenia). Continua en Tratamiento Subetapa 1 - No se pezquisa Riesgo de intento de suicidio, aunque se evalúan riesgos por potencial acting por continuar las actitudes histriónicas. Se la cita en nuestra Sede de Internación , donde Vero refiere seguir “fumando” y se “muestra con riesgo” ante lo cual se decide su internación

(estratégicamente planteada para que pueda confrontar sus fantasías previas de Internación (con visitas cotidianas y como centro de atención) y buscar detener una situación con probable riesgo de acting en tanto no hay resultados frente a ningún tipo de Interpretación ni señalamiento (la misma dura sólo 6 hs., se le provee Vitamina B y su medicación habitual.) Luego de este episodio comienza a angustiarse y solicita más sesiones, pudiendo expresar su ira frente al Terapeuta B (quien la había internado)...logra avances terapeuticos importantes, mayor capacidad de insight...angustia frente a la distancia entre fantasía y realidad. Se va de alta - provisoria- dependiendo de su evolución. A posteriori de la internación le sigue una etapa en la que pueden surgir todas sus frustraciones y se hacen más concientes los mecanismos de manipulación más profundos, se angustia por no poder manejar sus miedos y "broncas" a través de actings (Javier sigue saliendo con la otra chica aunque ahora Vero puede hablar de ello en lugar de actuarlo,- Etapa depresiva -. Lentamente comienza a tener proyectos nuevamente al luchar activamente por ser "excelente escritora" y levantar todas las notas en el colegio . Al mismo tiempo, deja de tomar la medicación (muy bajas dosis en aquellos momentos: esto es "permitido implícitamente por el equipo " que prefiere que trasgreda una ley contenida en un encuadre.) -El equipo implícitamente con acuerdo previo con la madre promueve a Vero a la SubetapaB Mejora su vínculo transferencial con el terapeuta B, en tanto se angustia por sus "caprichos". A partir de éste momento y en los 4 1/2 meses subsiguientes (hasta la actualidad) se trabaja profundamente con los mecanismos de defenza más arcaicos y sus relaciones vinculares . Hay 2 sesiones fundamentales en las que el Terapeuta B pueda utilizar Técnicas de Imaginería y Visualización a través de las que logra amalgamar el Alcoholismo y la marihuana (siempre los fines de semana por la noche) ,en relación al terror que tiene de estar lúcida ante la posibilidad de mantener relaciones sexuales. Comienza a proponerse metas más realistas, y se complace (respondiendo a la situación paradójica planteada por el Terapeuta B quién le remarcaba a Vero que "él no creía que ella se atreviera a cambiar . ..") en demostrarle al terapeuta los importantes logros en diversos ámbitos: laboral, escolar, puede trabajar el insostenible miedo que le daba las expectativas "grandiosas" que "todos" tenían de ella , y se propone ante ésto plazos más realistas para sus proyectos. Se psicodramatiza nuevamente la relación Alcohol/droga - sexo. A partir de ésto deja de tomar alcohol en forma abusiva y puede negarse a tener relaciones. Lentamente comienzan a surgir nuevas ideas relacionadas con sus ideales de tipo artístico y decide comenzar a hacer tapices para vender. Aquí hay una nueva confrontación con mecanismos y posicionamientos patológicos pasados que la angustian, aunque esta vez, como las siguientes pueden "hablarse" : Vero relata que ella comenzó el colegio inicialmente en una escuela de arte en la que ganó 2 premios internos (en realidad calcando los dibujos de una revista vieja); esto retorna en Vero como un gran miedo y fantasías de incapacidad frente a cualquier situación que le demande ser creativa Ante esta situación La terapeuta A introduce en el ámbito terapeutico Técnicas Gráficas (complatamiento de paisajes inconclusos, acuarelas, dibujos) con lo que Vero puede animarse a ver sus propias producciones, criticarlas y mejorarlas.

Las impulsiones y sus destinos.

(Una clínica de la Bulimia)

Alicia Donghi
Psicoanalista

Lo que me impulsó para este encuentro, fue la insistencia de ciertas emergencias clínicas que, conforme avanza este fin de siglo, van demostrando que el síntoma cambia más rápido' que la teoría que nos podemos hacer de él y que su formulación está condicionada por el estado de lo que puede denominarse el discurso universal.

Tanto la Bulimia como la Anorexia son la expresión más fehaciente de cuando los ideales de la cultura se transforman en malestar.

Segùn la definición del diccionario, impulsión es impeler, dar empuje para producir movimiento. Está relacionado con la inhibición, y se diferencia de la compulsión (aunque se parezcan en apariencia y se utilicen a veces como sinónimos) que también segùn el diccionario es un apremio que por mandato de la autoridad se hace para que uno ejecute alguna cosa que no quiere.

Las impulsiones son patologías del acto, donde se ven de manifiesto la monotonía de la satisfacción de la pulsión en una forma directa, visible y muda. Satisfacción esta a la cual no pueden renunciar. En un nivel descriptivo se pueden ubicar a los pacientes bulímicos, los jugadores, ciertos tipos de violencia y algunas adicciones. Sin embargo con estas últimas se produce un borde en que se superponen y que es menester distinguir en cada 'caso.

Decir que están vinculadas al acto, es plantear toda la clínica de la acción, teniendo su máxima prevalencia los conceptos de acting out y pasaje al acto. El autoerotismo cumple en ellas un papel especial, así como la adhesividad de la libido y el quantum de fijación al objeto pulsional. De más está decir que no se pueden definir en función de una estructura clínica, por lo tanto. encontramos estos fenómenos en cualquiera de las tres estructuras definidas por Freud: Neurosis, Perversión y Psicosis.

Aparece en primer plano la pulsión y su empuje. Esta es una forma de la demanda que no podemos interpretar porque es paradójica y silenciosa, el silencio de las pulsiones. Es la paradoja de una demanda que no habla, pero que supone el lenguaje. Obedece a sus reglas y siempre logra satisfacerse, aún por satisfacciones sustitutivas. En la Conferencia 22, Freud dice: " Por regla general, se interpone un objeto exterior en el que la pulsión logra su meta externa, su meta interna sigue siendo en todos los casos, la alteración del cuerpo sentida como satisfacción. La noción de meta interna es lo que nos permite entender que sea en la infelicidad, el fracaso y la frustración, donde la pulsión se satisface muchas veces. Lo buscado en las impulsiones es la acentuación del cambio corporal. En la mayoría de las bulimias está en juego el acto de comer. Lo que está buscando es un circuito pulsional determinado, no la incorporación del alimento por sí mismo.

No es lo mismo que el placer sea anticipado en una escena donde se va a realizar la pulsión, eso es el cumplimiento del deseo; a que la pulsión se realice en su instantaneidad y que el sujeto repita ese displacer buscando allí la satisfacción.

Parece entonces que la impulsión es sin la compulsión del Otro como algo que no hubiera pasado al campo del Otro, por lo tanto es sin renuncia, aunque haya privación.

El desafío clínico de este tipo de impulsiones es cómo producir que este quantum pulsional del cual el sujeto queda afuera, se encamine en las vías de la producción de un síntoma que produzca deseo de saber (en lugar de repetir, recordar, como diría Freud), o bien hacerlo entrar en una escena a la manera de acting out.

Se trata de sujetos que se presentan en una posición donde el objeto oral no está latente y perdido promoviendo preguntas, sino que está entre nosotros, estorbando la posibilidad de la instauración de la transferencia.

En una oportunidad, llegó a mi consultorio una mujer joven, casada, con tres hijos. Hasta la tercera entrevista no menciono nada que justificara su presencia allí, sus quejas sobre cierto aburrimiento o rutina que la embargaban eran inespecíficas.

No había nada que empujara en el sentido de un sufrimiento claro y como decía, nada que justificara su presencia allí, salvo su presencia misma, pero muda. Era obesa, muy gorda. Sin haber hecho referencia alguna a ello, en la tercera entrevista dice no tener nada más que decir y que entonces quiere que le diga lo que tiene que hacer. Le digo: "Venga en ayunas".

Ya un encuadre analítico implica ciertas renunciaciones. ¿Por que yo le pediría un renunciamiento tan ligado a lo médico? Era claro que el cuerpo de lleno y "lleno" estaba ahí. A la siguiente entrevista cuenta sin más prolegómenos, un traumático asalto con violación de su hermana, acaecida ya hace algunos años, el cual ella presencié muda" y del que ambas pactaron no decir nunca a nadie. Esta era la ocasión en que ella rompe el pacto y junto con eso el cese de la inhibición de hablar da paso del "bien comer" al "bien decir".

Como estas satisfacciones pulsionales van más allá de las estructuras, puede acompañar un síntoma o bien revelarse tardíamente en un tratamiento. Me pareció de interés, a través de otro caso, mostrar cierta alternancia entre la bulimia y la anorexia, así como su ocultamiento tras el motivo de la consulta.

Otro: Se trata de una muchacha joven que atendí hace un tiempo considerable y que vivía con su madre. Esta se había separado hace algún tiempo de su padre, diseñador gráfico. Ella estudiaba decoración de interiores y en los interiores ocurrían sus cuestiones. Fue una cura marcada por lo inesperado. El motivo de su consulta fue la culpa que decía sentir por el rechazo inexplicable por su madre, a quien describía como a una buena mujer pero le irritaba su presencia y la quería ver muerta. Añade que también se veía gorda, que

cuando estaba a punto de salir se veía mal en el espejo y a veces no salía, inventando cualquier excusa.

Un día confiesa, y digo que confiesa aunque sería más preciso decir tropieza en medio de un relato, con su impulsión, que al describirla, lo primero que me sugiere es cómo había podido hasta ese momento pasarla por alto o no contarla. La confesión supone algo escondido, secreto, esto estaba mudo, a pesar del montaje.

Tenía episodios que comenzaban a la salida del trabajo ante vidrieras donde se exhibían tortas, parecía que se transformaba en una idea fija, como si se fuera calentando con la palabra. Luego llegaba a su casa y comenzaba con los atracones, devoraba lo que hubiera, desde galletitas hasta fideos secos cuando no encontraba otra cosa. La madre, como al pasar, se encargaba de dejar comida por los rincones. La culminación de estos episodios llegaba cuando se acordaba de su silueta, aparecía algo del orden del ideal y recién ahí se conectaba con sensaciones físicas de hinchazón y saturación. Iba al baño y vomitaba todo. Quedaba pálida y deprimida. Terminaba tomando laxantes y anorexígenos para “limpiarse”.

Gran trabajo de alternancia entre el deseo de la madre y el nombre del padre, entre el Superyo y el Ideal. En este caso, la anorexia es la salida de la impulsión, lo que estabiliza la pulsión. Ciertas representaciones ligadas a la estética en las que reconoce la impronta paterna le permitían poner fin al sufrimiento bulímico.

En relación a la dirección de la cura fueron vanos los intentos de ubicar hechos desencadenantes de estos pasajes al acto bulímico, ya fueran pensamientos o hechos.

Lo empecé a pensar como retornos en lo real, faltaba la angustia señal, en su lugar las tortas como excitación. Sobre su sentimiento de gordura dijo que lo que más le preocupaba era que sus senos eran muy redondos y chatos. Subrayo: “ como tortas.” Se mostró descolocada por la intervención y por primera vez se quedó pensando. En un segundo tiempo la interpretación fue que se le venían los senos de la madre como un tóxico. La aparición del objeto oral en lo real, sin velos. Se recupera del trance por el ideal, porque se afirma así como sujeto, denegando su lugar de objeto del deseo materno (el inicio de los episodios coincidía con la separación de los padres, cuando queda “a solas” con la madre).

Fue preciso enchufar el sentido cual mito. Para eso me ayudó Levi Strauss con su teoría de los utensilios en la evolución de la especie humana. Dice que la introducción de la cultura la demuestran las vasijas, los utensilios para acceder al alimento, moderando justamente, la pulsión.

La paciente devoraba con las manos, y es bastante habitual en los bulímicos esta falta de mediación. Otra particularidad: Cuando ella cocinaba, o mejor dicho, cuando ella elaboraba el alimento no se producían estos actos bulímicos. Pudo empezar a recordar que siendo niña, cuando ella no quería comer, la madre le ponía un timbre. Ella se

quedaba mirando la comida y cuando se acercaba el timbre, se metía los bocados enteros para evitar el castigo materno. Veneno que “debía tragar y luego limpiarse”

Instalada en este lento trabajo de elaboración. otro sobresalto, nuevamente lo inesperado inunda la escena analítica pero esta vez, como puesta en acto de la transferencia, la escena sobre la escena, al estilo de un acting out.

Un día deja un sobre por debajo de la puerta de mi consultorio con unas fotos de revistas pornográficas y una esquila donde anuncia que va a interrumpir, pero que con esos recortes yo iba a entender de qué se trataba. (‘Las “tortas” otra vez en la vidriera? La convoco desde la ignorancia, aclarando que si ella no habla, yo no entiendo, que solo son recortes y que la espero en su hora.

Viene puntualmente y empieza a relatar algunas fantasías homosexuales. De a poco comienza a entramarse el objeto oral que en este caso se engancha a la mirada, El síntoma de calentarse con tortas, adquiere así otro sentido más ligado a su fantasmática. Recuerda el cuento de Blancanieves, la palidez tras los atracones, la manzana envenenada de la madrastra.

Le pregunto en esa oportunidad si ella se acuerda cómo terminaba el cuento de Blancanieves. Afirma: El príncipe a salvó.

Al poco tiempo se pone de novia con el hijo de un hombre indirectamente ligado a la repostería. Las “tortas” están pero en un horizonte más simbólico. Los atracones se van espaciando.

Decide interrumpir su análisis cuando se embaraza y se casa. Nunca más supe de ella en estos años.

Este caso me permitió reflexionar sobre el pasaje que hace Freud en la teoría: De’ trauma a la fantasía. Camino que deberá hacer cualquier sujeto en su constitución. Cuando hay déficit en este circuito, el objeto oral que no pudo ser perdido del todo, retorna en la realidad traumáticamente en una “exterioridad íntima”. No es lo mismo el “Fort da”, que incorporar y devolver compulsivamente. Freud en relación a esto dice en “Más allá de principio- del placer”: . . . “tenía relación con el gran logro cultural del niño, con la renuncia pulsional que había logrado al aceptar sin protestar, que la madre se filera”.

La Mirada de las Ciencias Sociales



UNA LIGERA CONFUSIÓN BISCURSIVA:
PERSPECTIVA HISTORIADORA.

Lic. Ignacio Leykowitz

La reflexión contemporánea se enfrenta cada vez más frecuentemente con un obstáculo de nuevo tipo. Así como en un mundo de impostores, Mandeb exigió reglas claras para reconocer un artista, así también en un mundo mediático se impone la exigencia de criterios que distingan los problemas reales de los problemas periodísticos. Esta confusión constituye un problema no periodístico, sino real, pues no se trata sólo de errores de percepción sino también de desviaciones y derivaciones prácticas que acumulan vorazmente sus consecuencias sobre el mismo punto.

Un problema periodístico sólidamente instalado es causal de problemas reales - encubiertos y determinados por la usurpación del problema real por el periodístico. La inflación mediática de la bulimia, su identificación mediática con la anorexia en tándem publicitario, no escapan a esta confusión originada por la usurpación.

Las estrategias de prevención, derivación, diagnóstico y tratamiento, así como las instituciones y dispositivos prácticos de saber e intervención, dependen del mantenimiento o discriminación de la *asociación ilícita* que merodea en torno a los términos *bulimia* y *anorexia*. Una mirada historiadora no puede resolver prácticamente el problema, tampoco puede formularlo en términos epistemológicamente correctos; lo que sí puede es mostrar una serie de líneas de fuerza que determinan su existencia problemática -que también de las confusiones es necesario hallar razones.

PRESENTACIÓN.

Las dificultades en el abordaje sobre los trastornos de la alimentación, dependen en gran medida de un olvido. Los hábitos repetidos, la repetición de un sentido por vía de esos mismos hábitos, naturaliza tanto estos hábitos cuanto su sentido. Lo que sólo es precario y socialmente instituido, se presenta a la conciencia espontánea como dato de la naturaleza. Los trastornos de la alimentación son ante todo trastornos en la *institución* de la alimentación. Un recorrido histórico mostraría no sólo la diversidad de los contenidos y prácticas de alimentación, sino también unas variaciones notorias respecto del sentido social instituido en y por esas prácticas.

Usurpación: de usurpar. *Usurpar:* del latín **usurpare**, compuesto de **rapere** (robar) y **usu**, ablativo de **usus** (uso); robar mediante el uso

No es éste el lugar para un desarrollo más preciso, pero bastará aquí recordar las enormes diferencias de sentido instituidas por tres modalidades características de alimentación antiguas. No se juega lo mismo en la rigurosa disciplina diaria de la mesa común en Esparta (sisstytia), en el reflexivo encuentro del symposium (banquete) ateniense, o en los rituales romanos de exquisito exceso: que incluyen ineludiblemente el vomitorium como sitio en que se recompone no sólo la capacidad digestiva sino también la sensibilidad perceptiva.

Por otra parte, el concepto práctico de hombre constituye, para nuestra disciplina, también una institución precaria de la sociedad en cuestión. Las prácticas hacen ser a los hombres de modos radicalmente intraducibles en distintas situaciones socioculturales. El concepto práctico se instituye mediante los hábitos, los dispositivos y los discursos que los significan. La institución no opera sobre una naturaleza humana determinada sino sobre un soporte material biológico que no determina al **hombre que** sobre él se instituye.

Sin embargo -esta es al menos nuestra experiencia- con tal institución social sobre una materia maleable se instituye también un exceso, un algo filera de control y previsión, ciego para la percepción de los saberes establecidos; como recursos de pensamiento en la situación.

Nuestros días habitan una mutación decisiva del concepto de hombre establecido en la articulación del capitalismo industrial con los estados nacionales. Estos estados, que nos han instituido como hombres quizá mediante sus escuelas y sus familias, habían hecho del ciudadano, sujeto de la conciencia nacional, su soporte subjetivo. Este hombre, como sabemos, constaba de un cuerpo (res extensa) y una conciencia (res cogitans). Las fallas de la res extensa, los estados nacionales las derivaban hacia las ciencias y el dispositivo médico hospitalario. La conciencia se derivaba hacia la filosofía primero, luego hacia las psicologías experimentales, luego, hacia el aparato pedagógico escolar.

Así como se instituyen los conceptos prácticos de hombre, así como el exceso producido por esta institución misma es ineliminable, así se instituyen también las patologías. Punto decisivo para nuestro problema. Socialmente, las patologías no se establecen mediante estrategias epistemológicas que discriminen entre estructuras clínicas sino que se establecen mediante el juego propio de los sentidos discursivos en la situación. Es decir, las patologías se determinan no conforme a tipos puros sino según los patrones siempre actuales de funcionamiento social.

También las exclusiones del sujeto instituido varían conforme al fundamento atribuido a tal fundación. Esquemáticamente: si la conciencia es el fundamento del hombre instituido, el excluido específico, producido por la propia operación de la conciencia será el sujeto del inconciente; la exclusión brinda consistencia al fundamento. En cambio, si el fundamento actual fuera la imagen, lo excluido sería aquello que la imagen recubre y desconoce: el cuerpo,

Concluyo entonces con un interrogante: ¿qué relación es posible establecer entre las “patologías” socialmente instituidas para- el sujeto de la conciencia y las que emergen socialmente también, con el sujeto de la imagen?

DISCUSIÓN.

1, El encuentro convoca a reflexionar no sólo sobre los trastornos en la alimentación, sino también sobre las *dificultades de abordaje* de tales trastornos. Las dificultades, desde una perspectiva historiadora, pueden plantearse como obstáculos. Tales obstáculos resultan del desfase histórico entre un saber constituido y el campo de intervención respecto del cual se supone que el saber sabe.

El saber supuesto constituye un obstáculo al pensamiento. Saber algo es no tener que pensar ya en ello. Las representaciones constituidas, inercialmente sostenidas, obstaculizan la percepción de la historicidad de los procesos en que intervienen. Se trata de retornar sobre la historicidad tanto del sujeto instituido, cuanto de las patologías instituidas socialmente como tales y sobre todo, de los discursos y las prácticas de intervención autorizadas sobre las patologías socialmente admitidas.

2, Retornar sobre la historicidad exige ponerse de acuerdo sobre el tipo de historia a la que habrá que acudir como recurso de pensamiento. Y aquí también estorban las inercias del pensamiento. Un hecho denso de la sociología del conocimiento puede funcionar aquí como explicación. Borges observó que no hay hombre que no sea crédulo fuera de su especialidad. Cuando una disciplina imagina que dialoga con otra en un momento en que lo necesita, suele suceder que entable un diálogo, no con la actualidad, sino con el pasado representado de la otra.

Respecto de la historia, este desacople suele ser catastrófico. La inercia de la imagen de escuela secundaria determina que el supuesto recurso a la historia no sea más que un recurso al periodismo retroactivo: se inicia la busca de antecedentes “del mismo tipo”, es decir, busca de antiguos datos para un sentido ya supuesto. Sin embargo, tal operación poco tiene que ver con las estrategias actuales de la disciplina.

3, Tal busca de antecedentes del mismo rasgo para suponer una identidad de sentido, y por lo tanto una persistencia, es precisamente el opuesto de los modos en que el DH actualmente procede. El sentido de tal rasgo no depende de sí propio, sino de la red situacional de prácticas en que se inscribe. Tal red lo singulariza. Lo supuestamente “mismo” con otro sentido, es otro.

Tal recurso a las supuestas invariantes, implica además otro defecto. La detección de fenómenos formalmente semejantes en un punto de la supuesta línea del tiempo no permite saturar el intervalo entre ambas presencias con otras tantas presencias semejantes. No hay sustancia que complete el intervalo. No hay experiencia del siempre.

4, Señalo estas dificultades no por afán epistemológico, sino por las consecuencias prácticas que acarrear. Es frecuente hallar que, ante un fenómeno publicitariamente enunciado como nuevo, la justa reacción de desconfianza se desborde en una anulación de la novedad. Desde los saberes establecidos se enuncia: siempre hubo de eso que dicen que es totalmente nuevo. Los ejemplos pasados (que abusivamente se llaman “históricos”). cumplen esa función de sutura de los saberes. ¿Qué gano si siempre hubo de eso, si hoy me tengo que enfrentar con eso? Borges también observó que, pese a los siglos de historia, las cosas siguen ocurriendo en el presente. Si siempre hubo, no hay nada que pensar.

5, Sin embargo, si lo que se presenta como nuevo es un error, ahí hay alguna novedad. Para el historiador, un error tenaz es un dato preciso y precioso. Lo nuevo, por ejemplo, es que una patología social se instale como nueva -por más que como estructura clínica pueda concebirse incluso como inmemorial. Y que tal instalación social de la patología produce efectos subjetivos serios, y dispositivos de tratamiento también tenaces. Un error socialmente tenaz no pertenece al no ser (como quisiera el epistemólogo) sino al ser efectivo históricamente constatable: hace realidad. .

6, Habrá que entenderse entonces sobre algún principio de existencia. Siempre hubo *anorexias*, sólo que no se las llamaba así. ¿Sólo?;Cómo podían existir sin nombre? La historia es una disciplina fuertemente nominalista. Una cuestión de tiempos: en su época -pongamos por caso Santa Rosa de Lima- había un personaje que hoy se deja leer como anorexia, pero que en su situación estaba instituido y significado como mística santidad. Las estructuras clínicas pueden tener una entidad inmemorial -no es mi campo- pero las patologías socialmente instituidas tienen valor situacional. También es situacional su existencia. Para el DH existe sólo aquello que se inscribe con su nombre en una serie de prácticas en la situación en que opera.

7, La patología establecida determina un efecto insistente en nuestro encuentro: el diagnóstico equivocado, el sometimiento a prácticas que por confundir el rasgo con la estructura someten la integridad de la persona al tratamiento despótico del rasgo. No es poca cosa reforzar una patología de encierro con el encierro en una patología.

De ahí que en este punto de confusión se constituya a la vez un punto de intervención para las estrategias de prevención. La operación decisiva consiste en des-suturar la patología establecida periodísticamente de la estructura diagnóstica clínica precisa.

La intervención, naturalmente, no se reduce al campo epistemológico de los especialistas de tratamiento, sino que -y esto es lo más difícil- se extiende sobre el campo en que se constituyen las patologías sociales y -con ellas- las confusiones.

“El Imperio del cuerpo en la publicidad”

Enrique Valiente¹ - Ianina Tuñón²

Introducción:

A lo largo de los siglos, si bien los criterios de belleza han variado en las diferentes culturas o en una misma sociedad a través del tiempo, no hay duda que siempre han existido ciertos cánones estéticos para delimitar los rasgos corporales considerados “legítimos”. Criterios de belleza culturalmente distintos, sin embargo como destaca S. Bovenschein: “... han restablecido una y otra vez el estatus del cuerpo femenino como objeto” (1986, pág. 42). Por lo tanto, a pesar que los ideales han variado lo que puede considerarse una constante-es la “imposición” a las mujeres de esfuerzos y sacrificios para aproximarse a los estereotipos de lo considerado como “bello” en cada época.

Pero si bien el hecho de que las mujeres contemplen sus cuerpos de acuerdo a ciertos estándares de aceptabilidad fijados socialmente no marca una diferencia en relación al pasado, si lo es la importancia asignada al aspecto físico en forma contemporánea. A lo largo del siglo XX, el culto a la belleza corporal se ha extendido progresiva y masivamente, convirtiendo al cuerpo en un objeto sobre el cual concentrarse en forma obsesiva no como fuente de placer, sino como blanco de responsabilidad y esmero. Hoy en día, se “es” prácticamente la imagen del cuerpo que se posee, y el sacrificio y la dedicación encaminados a “trabajar” la propia exterioridad se ha constituido en un requisito de la aprobación social, el éxito interpersonal y en una medida de lo moralmente valioso.

En todas las culturas, el cuerpo ha sido el escenario de prácticas simbólicas estrechamente ligadas a las representaciones que cada sociedad tiene del mundo. Sin embargo, en nuestra época las prácticas de metamorfosis corporal tienen como objetivo primordial el embellecimiento, el logro de resultados estéticos para responder a los cánones sociales imperantes sobre lo valioso y respetable.

En forma contemporánea, las industrias de la vanidad humana han coadyuvado a promover en la conciencia colectiva ciertos patrones estéticos de reinado absoluto en nuestro marco cultural: el primado absoluto de la delgadez. En las sociedades modernas, las mujeres trabajan afanosamente para “construir” planificadamente -a la manera de un artesano- las formas óptimas de un imaginario esquema corporal, tan perfecto como inaccesible. Las prescripciones y el disciplinamiento impuesto por los mandatos de la “cultura de la delgadez”, provocan -en el contexto de la sociedad de consumo- la socialización de las jóvenes en torno a ciertas directrices ideales que confieren los atributos más positivos a la exaltación de determinadas formas corporales. Frente al rigor de los esquemas interiorizados, es fácil imaginar que el alejarse de las pautas reconocidas por el grupo de pares solo puede desembocar en un profundo temor por vivir en el propio cuerpo. De modo que las mujeres se encuentran diariamente frente a un cuerpo de

1 Sociólogo. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Investigador del Instituto de Investigaciones Sociales “Gino Germani” (UBA). Taller de sociología ‘de la cultura.

2 Socióloga [UBA].

referencia imaginario , inaccesible, visiones de perfección que actúan a la manera de un espejismo en relación al cuerpo cotidiano (modo en que las personas perciben y sienten su cuerpo, y la manera en que “*hablan” de él) . De éste desfase, de las múltiples formas de contrastación con la propia apariencia (publicidad, fotografía comercial, etc) se “alimentan” las conductas que en la búsqueda obsesiva de los cuerpos deseables, son el sustrato de los numerosos trastornos de la ingesta que en forma contemporánea permitirían hablar de una auténtica “neurosis nutricional”.

Ahora bien, la percepción de la belleza corporal obedece probablemente a un proceso de internalización social precoz y al mismo tiempo generalizado. Pero la estandarización actual de los cánones estéticos, su grado de penetración y universalización (lo cual marca una diferencia con los tiempos en que las artes plásticas eran el referente de los cuerpos perfectos), probablemente pueda atribuirse a la hegemonía de ciertos atributos corporales considerados legítimos (esbeltez, juventud, etc) , que son exaltados y difundidos hasta el hartazgo por los medios masivos de comunicación.

La publicidad gráfica y televisiva juega en ésta dimensión un papel relevante, por la posibilidad inherente a la lógica y dinámica de la estrategia publicitaria de apelar a estereotipos (formas de categorización de simplificación extrema, sistemática y rígida), en la búsqueda de nivelación de las preferencias para el consumo

Teniendo en cuenta estas consideraciones hemos realizado un análisis sobre publicidad gráfica y televisiva (por razones de economía de espacio sólo nos referiremos a la gráfica) , con la finalidad de describir los modelos corporales que la publicidad difunde, como así también indagar en la relación corporeismo-publicidad para visualizar cuál es su relevancia dentro de las estrategias de estímulo al consumo y su relación con los esquemas de belleza que corresponden a lo que se ha denominado la “cultura de la delgadez”. Desde ésta perspectiva, el abordaje de la publicidad como uno de los discursos contemporáneos, privilegiados en cuanto a su capacidad de refuerzo de modelos existentes y construcción de estereotipos masivos, es una dimension ineludible para la comprensión de las características y valores predominantes en la trama cultural que sustenta el moderno culto al cuerpo.

El Cuerpo en la Publicidad Gráfica.

El periodo seleccionado para el análisis de la publicidad gráfica fueron los meses de noviembre y diciembre de 1994. Las revistas que se tomaron para el estudio fueron: “Mujer”, “Para Ti”, “B:A”, “Telva”, “Elle”, “Máxima”, “Mía”, “Caras” y “Gente”. De las nueve revistas mencionadas se podría decir que siete de ellas están destinadas a un mercado constituido mayoritariamente por mujeres. Cabe aclarar que la elección de los meses mencionados para llevar acabo el relevamiento de los datos, obedeció al supuesto que es la época en que operan con mayor intensidad (meses previos al verano) la multiplicidad de mensajes que toman al cuerpo como instrumento y objeto de consumo. El tiempo escogido para el estudio, si bien corresponde al contexto de mayor predisposición hacia la cultura somática que nos ocupa, nos ha de permitir visualizar las tendencias predominantes de lo que hipotetizamos como inmanente al mensaje publicitario actual.

Se analizaron en total 1127 apariciones publicitarias, de las cuales 432

(el 38,3%) quedan incluidas dentro de nuestro universo de análisis Son estas últimas las que apelan de manera directa (en un 9,8%) o indirecta (en un 283%) a la temática del cuerpo. (ver gráfico \$1). Consideramos publicidad directa aquella cuyo mensaje-explicito está referido a la “cultura de la delgadez”, es decir que promocionan productos tales como alimentos, bebidas hipocalóricas, infusiones, laxantes, farmacos, etc.. Por publicidad “indirecta” entendemos todas aquellas que apelan de diferentes formas al cuerpo como vehículo y soporte de lo que promocionan. En este tipo de publicidad, aunque el objetivo inmediatamente perceptible no está relacionado con la estética de la delgadez, sin embargo los cuerpos implicados responden a los esquemas estereotipados que ya mencionamos: cuerpos esbeltos, bellos, etc.. Si en la publicidad directa el mensaje es “reformá tu cuerpo”, en la indirecta el mismo mensaje está encubierto, son los cuerpos deseables, apetecibles, los que provocan en la comparación el deseo de imitación.

De las 432 apariciones publicitarias analizadas, la mayor frecuencia corresponde a la publicidad indirecta: 74 % de los casos, en tanto que el 26 % restante se enmarca dentro de la publicidad “directa” (ver gráfico 2).

En cuanto a las motivaciones inducidas por la publicidad “pro-adelgazamiento”(publicidad directa) encontramos que tan sólo un 10,6% están sustentadas en razones de salud , mientras que el 89,4 % responde exclusivamente a razones estéticas (ver gráfico 3).

El tipo de producto que es publicitado abarca un universo tan variado que va de alimentos hipocalóricos hasta el rubro “electrodomésticos”. Si examinamos el gráfico n°4 donde se contemplan todos los productos analizados, se puede observar que la mayor cantidad de casos se concentra en artículos de ropa, seguidos por cosméticos, y alimentos hipocalóricos.

Pero más allá de la gran variedad de productos que apelan de un modo u otro a la delgadez, nos interesa subrayar ciertas peculiaridades que incluye la “lógica” publicitaria de lo corporal, por ejemplo:

1) Productos que desde el sentido común serían de difícil asociación con el eje de lo corporal. Una heladera (de contornos curvos) es publicitada -junto a la imagen de un cuerpo femenino desnudo;, bajo el siguiente slogan :
“La naturaleza es sabia”.. ..“los mejores diseños son curvos” O sea que la heladera se vende por sus “formas”, con relativa prescindencia - figura con caracteres pequeños - que tiene freezer, que es durable, etc.. . . La primera “impresión” (noción básica de marketing) es lo que cuenta.

Un jamón de procedencia española se vende de la siguiente forma: “Lo más seguro es que este verano en las playas las argentinas van a seguir el ejemplo de las españolas. Por lo menos a la hora de preparar los sandwiches”. Junto al slogan se puede ver una mujer tomando sol en toples (la fotografía muestra un cuerpo que responde a los parámetros de belleza actuales). Por debajo de esta imagen aparece la del producto en cuestión.

2) Publicidades que al promocionar ciertos productos no sólo utilizan el cuerpo como mecanismo de venta, sino que lo llamativo es que subrayan en la imagen partes corporales que son ajenas al objetivo utilitario del producto. Por ejemplo si se trata de cosméticos, al pensar en la publicidad de un lápiz labial o una crema facial, la inmediata asociación serían los labios y el rostro respectivamente. Sin embargo, en forma regular la imagen del rostro

se ve acompañada por partes del cuerpo ,que son exhibidas con la misma o mayor intensidad en cuanto al efecto visual (pechos, piernas, abdomen).

En relación a ello, al examinar las diferentes partes del cuerpo a las que subraya la publicidad, la mayor cantidad de imágenes corresponden a los pechos, a las piernas y a la cola (ver gráfico 5). Estos hechos - además de evidenciar la supremacía de los atributos corporales como medida de lo socialmente deseable- exteriorizan en que medida la estética corporal está sometida a los vaivenes de la moda y las prescripciones culturales de cada época. A propósito de ciertos rasgos físicos que están, sometidos a la presión de la “moda” llama la atención un estudio citado por J. Rodín (1993) efectuado sobre las cirugías plásticas en USA, trabajo que permitió detectar que incluso los rasgos faciales pueden ser diferentemente valorados a lo largo del tiempo . El estudio revela que el rostro considerado deseable en los cincuenta era muy diferente al de los ochenta. Las mujeres de los ochenta querían mostrarse seguras e inteligentes y por lo tanto los cánones de referencia preferidos eran radicalmente distintos (se había pasado de la predilección por la imagen de Elizabeth Taylor a la de Christie Brinkleys).

En la actualidad el cuerpo se ha constituido en el blanco de técnicas y procedimientos que tienden a considerarlo como un “objeto” desarticulable, como un rompecabezas (el proceso industrial de la fotografía comercial apela por el contrario al mecanismo de sustitución y ensamblado: se recurre a un repertorio de partes incorpóreas a fin de construir la apariencia de la integridad, lo cual pone de manifiesto su distancia con la experiencia real), cuerpos “desmontables” en múltiples piezas donde ciertas partes tienen un valor especial (sólo esas partes jerarquizan el “todo”) y pueden ser sometidas - en una cuidadosa operación de disección - a cuidados, manipulaciones, correcciones (el desarrollo de las tecnologías de planificación y reparación del cuidado físico dan cuenta de ello). Hace algunos años el “cola-less” imponía la necesidad de poseer glúteos exhibibles, lo cual condujo a la mujer a la carrera imperiosa por “trabajar” específicamente esa zona del cuerpo. El imperio del “cola-less” sin embargo ha sido desplazado en los noventa por la primacía de los pechos redondeados, turgentes, prominentes. De la preeminencia de estos modelos estéticos fuertemente hablan las imágenes estandarizadas por la publicidad, como así también la alta frecuencia de cirugía plástica mamaria en nuestro país (la Argentina está entre los cinco países del mundo con mayor cantidad de implantes mamarios junto a países como EEUU, Australia, Canadá y España). Recordemos que la cirugía estética aunque constituye el acceso a una nueva identidad, inscribe formalmente en el cuerpo los valores culturales de referencia dominantes en la sociedad.

En relación a ello; retornando la línea de análisis en la que estudiamos el vínculo entre la publicidad y las partes del cuerpo, es posible problematizar el estudio en este sentido tratando de especificar la asociación entre tipo de producto y parte del cuerpo. Sirva como ejemplo de las imágenes corporales estandarizadas en la publicidad , el hecho que las infusiones adelgazantes privilegian el busto como imagen relevante en las estrategias de ventas. Pero si bien no resulta de asociación directa la focalización en esa zona del cuerpo de

productos pro-adelgazamiento (se podría remarcar más bien caderas, abdomen, glúteos, etc), es claro que las imágenes responden a los cánones estéticos predominantes. Que los pechos “venden” es fácil advertirlo pues a ellos no sólo apelan las infusiones

mencionadas, sino también las bebidas, alcohólicas, la ropa, instituciones, cosméticos, laxantes, etc (Ver gráfico nº6).

Pero la imagen que instala la publicidad -como es fácil advertir - no es entonces la de cualquier cuerpo, no se trata sólo de anatomías emaciadas por el rigor de la abstinencia y las formas modeladas por el gimnasio, sino son fisonomías que exhiben la paradoja de estar desprovistas de toda sustancia material (que es considerada innecesaria) pero mantienen el privilegio de la belleza de “pechos prominentes”. Los productos publicitados conllevan por lo tanto el mensaje de que no es sólo posible adelgazar sino. incluso lograr las formas deseadas .

Si reparamos en otros productos tales como fármacos, calzados, a pesar de ser elementos radicalmente diferentes los cuerpos que utilizan como referentes -cuerpos preferentemente atléticos- resaltan la cola como imagen más significativa.

Todos estos ejemplos no hacen más que confirmar que uno de los mecanismos más utilizados por el mensaje publicitario para provocar la atracción del producto se basa en la apelación constante, la redundancia de anuncios que recurren de un modo LI otro a determinadas formas corporales, a un modelo corporal ideal, símbolos de alto grado, cuya eficacia reside en el deseo de imitación que provocan.

Como afirma Jesús, Ibañez (1994) si antes la “marca” era una garantía de la competencia del producto (connotaba las propiedades del producto) , ahora la marca garantiza la disponibilidad del consumidor (connota las propiedades del consumidor) . Quien consume determinados productos queda incluido y clasificado como perteneciente, como miembro del selecto grupo de los consumidores de esa clase A su vez el pertenecer significa compartir el mismo

tipo de atributos, hacerse acreedor del mismo orden de cualidades . La publicidad habla cada vez menos de los productos y más de los consumidores, del contexto

(del mundo fascinante que se invita a compartir) y del texto (de los hábitos, modalidades, cualidades de los consumidores) En el eje de lo corporal

que nos ocupa, el consumir ciertos productos o marcas sugiere la posibilidad de acceso a la dimensión que las imágenes celebran incansablemente: el privilegiado círculo áulico de la belleza.

Locuciones significativas:

En las publicidades que consideramos “directas”, es decir aquellas cuyo objetivo explícito es la venta de productos pro-adelgazamiento, es posible de las formas locucionarias a las que recurren con mayor frecuencia (ver Gráfico nº7).

Las locuciones más empleadas son: “hambre, apetito”, “línea, Silueta, figura”, “cuerpo”, “kg, cm, peso”, etc...10 cual como es obvio implica un aporreo publicitario constante que refuerza el ideal de la delgadez como una fijación obsesiva, traumática. Ciertas publicidades hablan de: “atacar los puntos débiles de tu cuerpo”, “mantenimiento de tu silueta espléndida todo el año”, “baje de peso comiendo de todo pero mejor”, “especial para realzar el contorno de tu figura estilizada”, “reducir centímetro en pos de la armonía de tu cuerpo”, “ para bajar de peso no te hace falta, correr, nadar y saltar...”, “tu cuerpo necesita más que caricias”, etc...

Estos mensajes regularmente (en el caso de la publicidad directa) se ven acompañados por locuciones que apelan a la legitimidad de las ciencias médicas y a razones de salud, de modo que se recurre en forma abundante a etiquetar los productos con apelativos tales como “médico”, “medicinal”, “salud”, etc.. Por ejemplo: “salud y ejercicio en la más perfecta armonía”, “centro especializado en salud y estética”, “venta en farmacias”, etc.. A propósito de ello, es necesario enfatizar que el valor simbólico que conlleva el gesto de recurrir al saber médico como respaldo de legitimidad del objeto de consumo, no hace sino satisfacer las necesidades del potencial mercado de consumidores: aquellos que por su posición en el sistema social y su relación con los bienes culturales concomitantes, están más predispuestos a reconocer la necesidad del “consumo médico”. Dichos sectores sociales (medios y altos) son a su vez los que mantienen una relación reflexiva más intensa con el cuerpo y por lo tanto, los más proclives a la receptividad de los múltiples mensajes destinados al cuidado corporal,

3 Si examinamos las macro-estructuras semánticas presentes en la publicidad destinada en forma directa a promover la delgadez, es posible discriminar ciertas figuras especiales que contengan determinadas categorías persuasivas dirigidas a la disponibilidad de ciertas cogniciones sociales presentes en la trama cultural de la sociedad. Veamos fundamentalmente dos: *Identidad- Exclusión, *Libertad- Esclavitud.

El único modo de “ser” pasa por tener la apariencia física ideal. Quienes no pueden acceder a los atributos reconocidos como válidos por la estética dominante -son marginados, excluidos. Excluidos del universo de los bienes simbólicos (prestigio social, éxito, popularidad, etc.) y materiales, al cual no es posible acceder por carecer de las ventajas comparativas que da el pertenecer al círculo privilegiado de los cuerpos legítimos. Para quienes poseen la virtud” y la “gracia” de formas adecuadas todo aparece como posible.

Pero además la publicidad refuerza en forma incesante la idea que el atractivo físico es sinónimo de libertad. El cuerpo liberado es el que puede ostentar “visibilidad” sin impedimentos, sin inhibiciones, cuerpos que pueden ofrecerse desnudo a la mirada -es “digno” de ser mirado-, y en esta mirada refuerza su legitimidad. Sin embargo, la idea de un cuerpo liberado oculta en realidad que dichas condiciones implican nuevas formas de sojuzgamiento: mayor disciplina y autorrestricción para conseguir y mantener las “formas correctas”. Esta seudoliberación encubre la coacción de los valores estéticos imperantes.

Como contrapartida de la idea de libertad, la estrategia de muchas publicidades ¡ subraya la idea de esclavitud: cuerpos “esclavos” de sus imperfecciones, cuerpos “impuros” (con adiposidades, celulitis, etc), cuerpos incompetentes que necesitan superar lo que la naturaleza les negó a través de soluciones profundas generalmente de carácter “definitivo”, con “ventajas reales” y de “efectos inmediatos”, que parecen poner al alcance el horizonte siempre inalcanzable de la plenitud de las formas ideales. Lo que no dicen los mensajes publicitarios es que la verdadera esclavitud reside en las expectativas de acceder a los ideales propuestos a través de recetas “mágicas”, que sólo conducen a repetidas frustraciones y desilusiones. Y además aunque se acceda parcialmente a los ideales estéticos de referencia (por ejemplo a través de cirugía estética o el modelado corporal) no hay posibilidad de eternizarse en ese estado, los cuerpos necesitan reciclarse constantemente en una carrera que es promovida y responde a la lógica de la industria de fabricación de aspectos.

Ejemplificamos lo dicho con los siguientes eslógans:

“Permítase ser....no sólo en lo oscuro”
(publicidad de un producto adelgazante)

“A los hombres les gustan las mujeres inteligentes.
Sé inteligente, proba con
A la hora de poner tu cuerpo en forma usa la cabeza.”
(publicidad de un producto adelgazante)

“Si bajaste esos kilitos de más, te probaste el short y anduvo,
y la jornada vino con sol , a que no sabes que puedes hacer?”
(publicidad de un club)

“Cuando el espejo no refleja lo que quieres ver: si la obra de la naturaleza, no da, la obra
de la creatividad si puede”.
(publicidad de un instituto de belleza)

“Si sos una esclava de la celulitis, libera tu belleza”
(publicidad de un producto anti-celulítico)

Conclusiones:

Pocas dudas caben que la publicidad detenta en nuestra época la capacidad de ser uno de los mecanismos privilegiados en cuanto a la construcción de sentido. Si a su vez no perdemos de vista que la influencia primordial de la publicidad no reside en la promoción de uno u otro producto sino en la promoción global del consumo, puede derivarse la importancia que adquiere la presencia del cuerpo como uno de los resortes fundamentales en la lógica publicitaria de incentivo del deseo adquisitivo.

En el análisis de la publicidad gráfica que hemos efectuado, surge con claridad la relevancia que ha adquirido en las sociedades de mercado el consumo del cuerpo. Millares de imágenes, generalmente con singularidades apreciables, remiten siempre a una interminable recurrencia : proponer lo que es por excelencia el objeto del deseo para derivarlo hacia otro objeto, en éste caso el producto publicitado. El eje de lo corporal entonces es una de las dimensiones preferidas por la publicidad, de manera que la referencia al cuerpo como vehículo y soporte de lo que se promociona marca una de las tendencias predominantes en las estrategias de ventas (ya se trate de un jabón de tocador o de una heladera).

Pero una de las características fundamentales que es posible remarcar a partir de las imágenes estudiadas, es que el modelo corporal difundido tiende hacia una “normalización” de los cánones estéticos o sea hacia una impersonalización de los criterios de belleza, los cuales adquieren contornos de “objetividad”. La publicidad universaliza la preescripción de los cuerpos deseables, en base a la construcción de estereotipos de belleza (que se corresponden con los modelos y valores privilegiados por el mercado, lo cual a su vez es una condición de aceptabilidad de aquellos mensajes) que definen cualidades significativas precisas, marcas de legitimidad que constituyen claros

mecanismos de delimitación de pertenencia y en consecuencia demarcan un universo de exclusión. Los cuerpos que se exhiben - irreales en la misma medida de su perfección - no por inaccesibles dejan de ser persistentemente coercitivos, por la inevitable comparación que surge ante la confrontación con el ideal inaccesible. Y justamente esa distancia, es la causa del sentimiento de frustración y culpabilidad que estigmatiza a miles de mujeres.

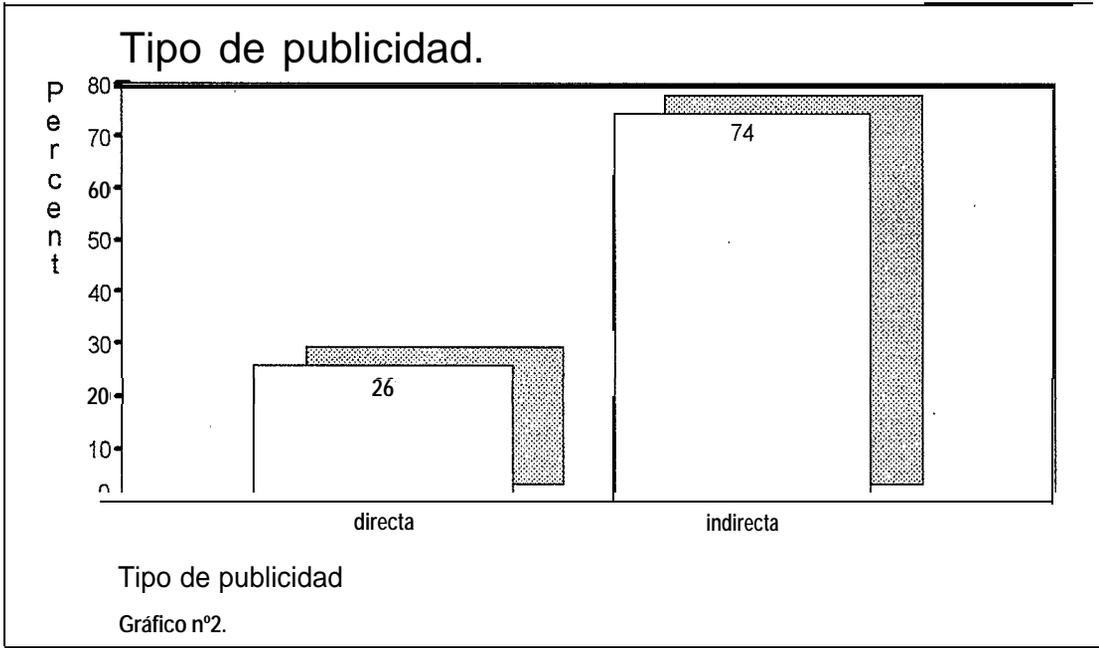
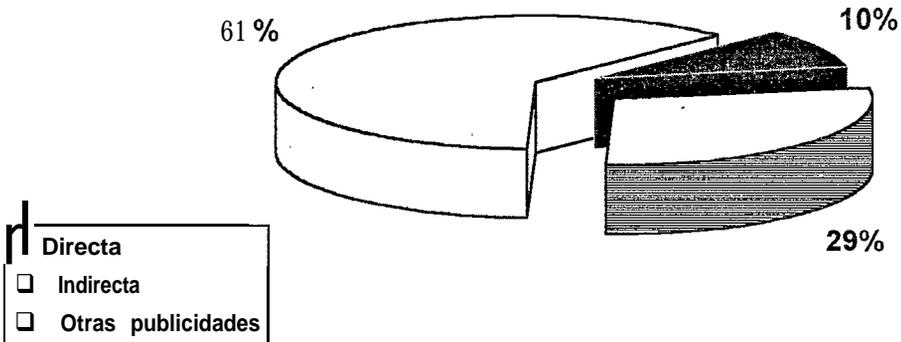
Quizás más que los innumerables mensajes destinados a "hablarle" en forma directa al cuerpo, lo que existe es una verdadera polución iconográfica de cuerpos bellos y esbeltos (cuerpos artificiales producto de la industria de la imagen), cuya distancia con la imagen "real" que devuelve el espejo, con la experiencia del cuerpo cotidiano es un abismo y conduce inexorablemente a la conciencia de las propias imperfecciones.

El trabajo que hemos expuesto, focalizado en la publicidad gráfica (que sólo abarca una porción de lo publicitario y a su vez sólo una de las dimensiones comprendidas en los mensajes de los medios de comunicación de masas), sirve para ejemplificar ciertas tendencias que caracterizan el estatus de lo corporal en forma contemporánea y que indudablemente conforman el contexto sociocultural que abona el desarrollo de conductas alimentarias radicales, con las consecuencias somatopsíquicas que conocemos. Esta perspectiva de análisis, no 'significa de ningún modo adoptar la posición de una hipótesis sociogénica -puesto que reconocemos la pluricausalidad de los trastornos alimentarios-, ni tampoco agotar el abordaje de los factores culturales -que por cierto es más vasto-, pero si nos posibilita el acercamiento al papel que cumple la publicidad en la constitución de un clima de época que sitúa la centralidad de lo corporal en un rango sin precedentes, y nos ayuda a comprender la violencia inflingida al cuerpo en el seno de una civilización en la que las preocupaciones narcisistas están en un primer plano.

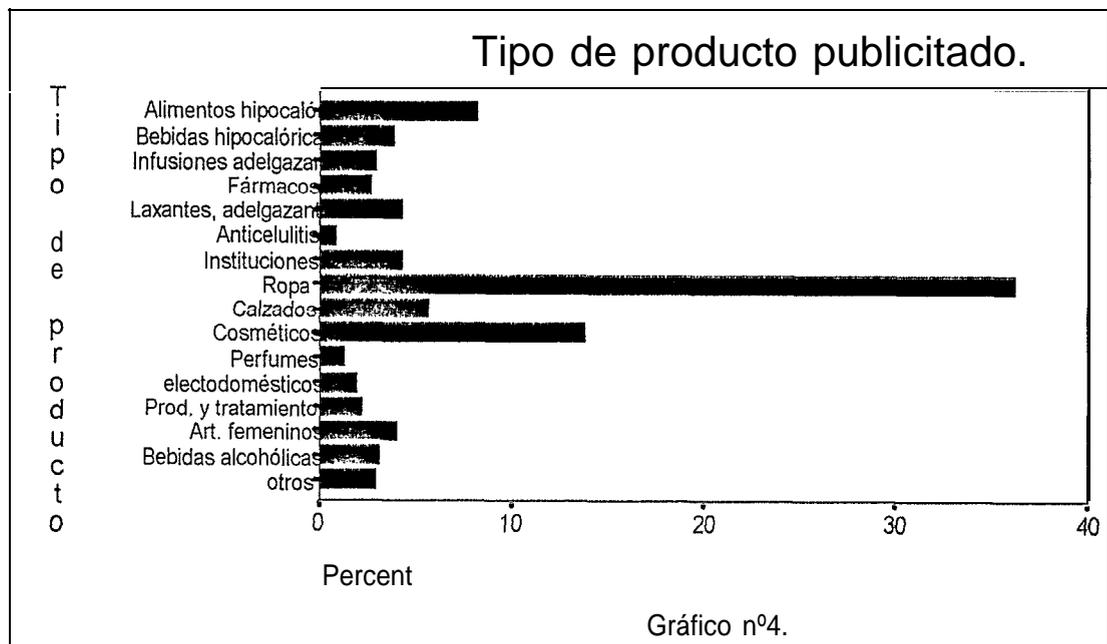
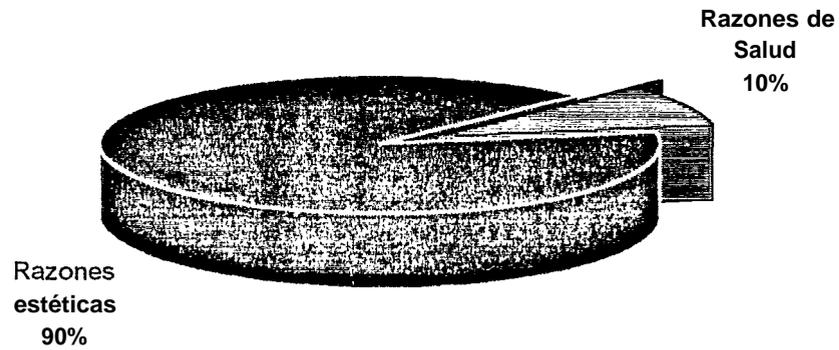
Bibliografía

- Block de Behar, Lisa: "El lenguaje de la Publicidad", S.XXI, 1970.
- Bourdieu, Pierre: "La distinción", Taurus, Madrid, 1988.~
- Bovenschein, S.: "Existe una estética feminista" en Ecker,G. (Editora):
_____ Estetica Feminista , Ykaria de. S.A, Barcelona, 1986.
- Eco, Umberto: "Los modos de la moda cultural", en "La estrategia de la ilusión", Lumen, Bs As, 1986.
- Ewen, Stuart: "Todas las imágenes del consumismo", Grijalbo, México, 1991.
- Ibañez, J: "Por una sociología de la vida cotidiana", Madrid, S.XXI, 1994.
- Lipovetsky, Gilles: "La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo", Anagrama, Barcelona, 1986.
- Magariños de Morentin, Juan: "El mensaje publicitario", Hachette, Bs As, 1984.
- Marafioti, Roberto: "Los significantes del consumo", Biblos, Bs As, 1993.
- Rodin, J: "Las Trampas del cuerpo", Paidós, Barcelona, 1993.
- Schilder, Paul: "Imagen y apariencia del cuerpo humano", Paidós, México, 1987
- Toro, J. y Vilardell, E. : "Anorexia nerviosa", Martinez Roca, Barcelona, 1987.
- Victonoff, David: "Publicidad e Imagen", G. Gilli, Barcelona, 1980.

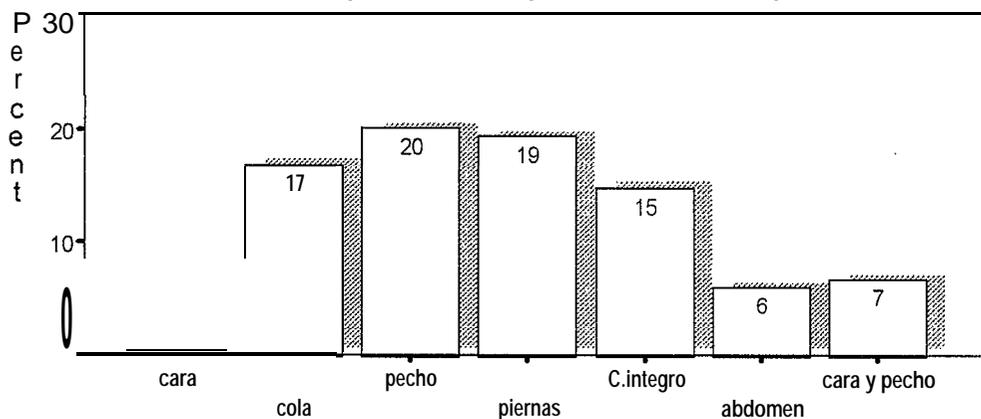
R elevancia de la publicidad centrada en lo corporal,
dentro del universo publicitario



Motivaciones del mensaje publicitario



Partes del cuerpo más expuestas en la publicidad.

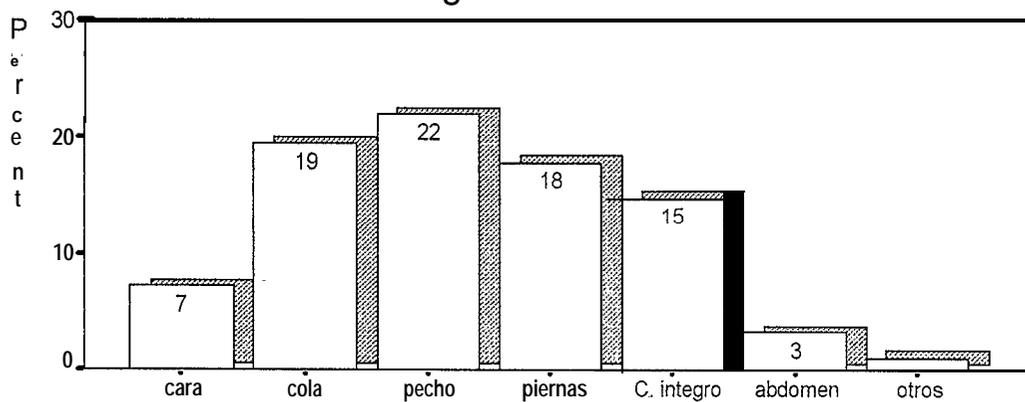


Partes del cuerpo

C. Integro, se entiende un cuerpo atlético.

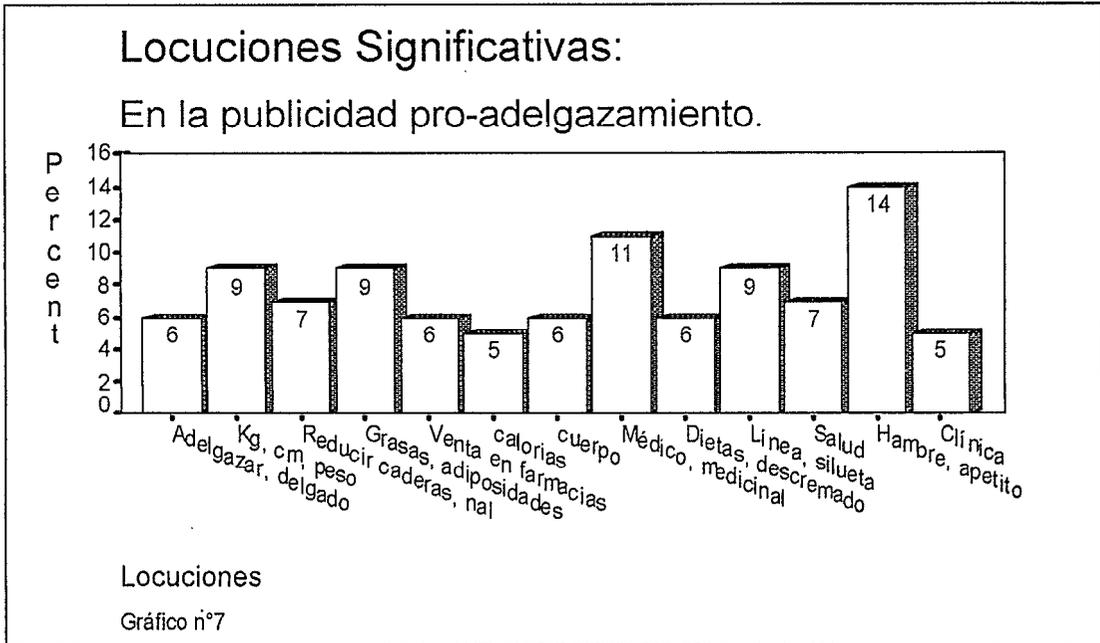
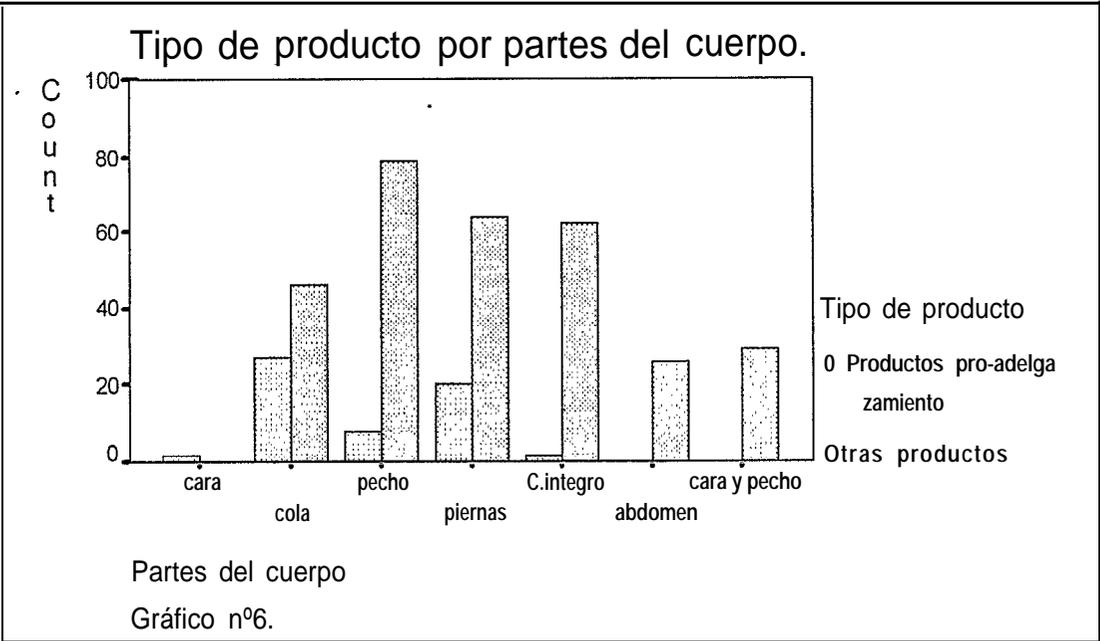
Gráfico nº5

Partes del cuerpo observables en una segunda lectura visual.



Parte del cuerpo

Gráfico nº5.1



"La dimensión cultural en los Trastornos de la Alimentación"

(BULIMIA Y ANOREXIA)

Enrique Valiente¹

Las distintas sociedades en cada período de la historia han determinado una particular "condición del cuerpo", es decir, lo han conceptualizado y representado en forma diferente. Si en una rápida visión retrospectiva es posible distinguir a través del tiempo una preocupación constante por el control de lo corporal, es decir la permanente existencia de imperativos culturales sobre cómo modelar y refinar el aspecto físico para responder a la configuración legítima, se puede señalar que entre la significación social y las estrategias de ordenamiento cosmético-corporal en el mundo de siglos anteriores y el mundo contemporáneo, hay un abismo.

Quizás lo que caracteriza al siglo XX no es el afán de los individuos por modificar con medios objetivos la propia imagen del cuerpo o la diversidad de intervenciones para lograr su metamorfosis -las transformaciones aloplásticas y autoplásticas han sido practicadas en mayor o menor grado por todas las culturas-, sino su finalidad casi exclusivamente estética. En forma contemporánea, el cuerpo se ha convertido progresivamente en el lugar de la identidad personal y la preocupación por el aspecto ha asumido las características de imperativo social.

Cabe recordar -en forma somera- que a principios de nuestro siglo, gran parte de los convencionalismos restrictivos de la estética victoriana empiezan a quedar relegados frente a las nuevas demandas creadas por las modificaciones en el papel social de la mujer. El abandono de los límites de la esfera privada y su ingreso al mercado urbano, requerían una dinámica y un modelo que no podían ser satisfechos por la inhabilidad metálica del corsé del siglo anterior. El ideal de una "nueva mujer" empieza a considerar a toda sustancia material como innecesaria. Y las revistas de modas, en los principales centros del mundo, proyectan masivamente -desde las primeras décadas del siglo- el modelo de la delgadez como un novedoso proyecto de vida. Desde ese impulso inicial, el ideal social de la esbeltez no ha dejado de afianzarse progresivamente en nuestro marco cultural.

Como nunca antes, el culto a la apariencia se ha constituido en blanco de técnicas y normas que tienden a configurar imágenes idealizadas de salud y belleza. Las ciencias del

¹Sociólogo. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Investigador del Instituto de Investigaciones Sociales "Gino Germani" (UBA); Taller de Sociología de la Cultura.

cuerpo y el desarrollo de la industria de la dieta ejercen un firme poder de disciplinamiento mediante la inducción de la autovigilancia, convirtiendo a la exterioridad en uno de los componentes más preciados de valor social. Pero además, las formas contemporáneas de fabricación de aspectos han ido modelando un imaginario donde el atractivo físico y el peso corporal, se han erigido en la medida no sólo de lo socialmente deseable sino además de lo moralmente correcto². En la actualidad, en las sociedades contemporáneas altamente dinámicas, donde la noción del venderse a sí mismo es una ejercitacion positivamente apreciada, donde las recomendaciones más elementales de marketing acentúan la importancia de la “primera impresión” en cualquier intento de venta, es posible comprender porqué la dedicación y el esmero por trabajar y modelar el propio aspecto se ha constituido en un parámetro de la virtud individual,

Nuestra época asiste a una intensa progresión de la conciencia corporal y a la difusión de una cultura somática particular: la que se ha dado en llamar “cultura de la delgadez”. Este modelo normativo de amplia extensión, es el telón de fondo sobre el que se despliegan las afecciones conocidas como trastornos alimentarios, cuya incidencia y ascenso es un dato cada vez más preocupante en Occidente.

Las entidades que nos ocupan, cobran cierto grado de inteligibilidad si atendemos al singular marco cultural que constituye el escenario de estas afecciones: un modelo alimentario y estético que ha permitido -en ciertas sociedades- desplazar el miedo al hambre que atraviesa casi toda la historia de la humanidad, por el temor al exceso, a la abundancia. Anorexia y bulimia son patologías de la alimentación pueden ser consideradas paradigmáticas de una sociedad y una época que propicia el contradictorio discurso del consumismo ilimitado y al mismo tiempo, la privación acorde con las exigencias de cierto esquema corporal legítimo: el de la primacía absoluta de la delgadez.

Si las artes plásticas, fueron en algún momento el referente del imaginario para los cuerpos perfectos, hoy los medios masivos de comunicación han universalizado la prescripción de los cuerpos deseables. No resulta ocioso destacar que la publicidad detenta en nuestra época el cuasi monopolio de la imposición de sentido, por lo cual constituye uno de los caminos que indudablemente conducen a la nivelación contemporánea de los gustos y de las aspiraciones estéticas. Los medios difunden hasta el hartazgo imágenes de estereotipos de belleza, tan artificiales como inalcanzables. Singulares anatomías inventadas en sus

²En el siglo pasado. la palabra ectología se empleaba para significar la ciencia que era capaz de descubrir el carácter humano a partir de las apariencias humanas (fue Darwin quien llevo esta practica a su versión mas refinada). Pero las medidas de Bertillon o la frenología examinada por Freud. no fueron sino otros intentos por correlacionar la superficie del cuerpo con una “naturaleza moral”.

consistencias y formas, Barbies con aspecto humano³, cuerpos del deseo que en su perfección ocultan su acorporalidad.

Pero al mismo tiempo que la publicidad potencia las preferencias estéticas presentes en el entramado cultural de la sociedad promoviendo en consecuencia el ascetismo de la dieta, se difunde el mensaje contradictorio del consumismo ilimitado. Estímulo y represión forman parte de la lógica cultural perversa del capitalismo tardío. Junto a la constante seducción de la propaganda para saborear exquisitos platos, las mujeres son inducidas a considerar la pérdida de peso como norma de vida. El consumidor en nuestras sociedades es sometido regularmente a múltiples tentaciones pero también a innumerables preocupaciones dietéticas, a la irresistible presencia de los mejores manjares de la sociedad de consumo junto a las prescripciones de la cultura diet, la onda light y algunos otros "modelos" que sólo acrecientan la sensación de elección imposible y desconcierto alimentario que agobia a los individuos a finales de siglo.

Es indudable que la génesis y la dinámica de enfermedades como la anorexia y bulimia se sitúan en una confluencia multifactorial (biopsicosocial), pero la contribución al conocimiento de esta problemática -desde nuestra perspectiva- está centrada en poner de relieve la importancia de la dimensión cultural implicada en estos trastornos. En el marco de estas premisas, consideramos a estas afecciones -coincidiendo con el abordaje de Guillemot y Laxenaire (1994)- dentro de los "síndromes ligados a la cultura", lo cual significa que los atributos que caracterizan a estos cuadros no pueden comprenderse fuera del contexto cultural o subcultural específicos y sus manifestaciones sintomatológicas corresponden a la exageración de comportamientos que dentro de ciertos límites son considerados normales por la sociedad. Estos comportamientos son alentados y promovidos por un "clima de época" que propicia el imperativo categórico de una delgadez activa y voluntarista, provocando una aflicción obsesiva generalizada que conduce a las mujeres a las estrategias más aberrantes para responder a los fines narcisistas del éxito y la aceptación social. En una sociedad regida por la moral del mercado, el sujeto alcanza alto valor de cambio cuanto mayor sea su estatus corporal y entonces el cuidado obsesivo de la imagen conduce paradójicamente a la destrucción de lo que quiere realzar, es decir a la agresión y el daño del propio cuerpo.

A finales de siglo, la imagen de un cuerpo liberado con todas sus potencialidades, oculta en realidad ciertos requerimientos de la época: mayor libertad para la autodisciplina, para

³ A modo de anécdota es curioso señalar que la famosa muñequita -siempre acorde a las exigencias de los tiempos-. apareció a mediados de los 60 acompañada de una balanza que marcaba que un peso de 55 kilos y un librito con estrictas recomendaciones dietéticas.

la autorrestricción. Sería desacertado ligar el momento narcisístico de la cultura del cuerpo a un desarrollo del hedonismo, puesto que la lógica subyacente no implica más que una intensificación de los controles y un mayor compromiso de entrega y sacrificios en aras de los novedosos rituales corporales. El carácter persecutorio y obsesivo de la actual religión del cuidado corporal, exterioriza -en realidad- como lo señala J.Courtine (1994, pag. 96) que: “No se trata de una dispersión del legado puritano sino más bien de una repuritanización de los comportamientos cuyos signos, de manera más o menos explícita, se multiplica en la actualidad”.

La particularidad de afecciones como la anorexia y la bulimia es que traducen la firme permeación de las conductas individuales por los mecanismos de regulación social y las pautas de comportamiento impuestas por la cultura del consumismo. Pautas que reflejan el espíritu de una época que pretende presentarse como una civilización del placer, pero que induce a nuevos modos de disciplinamiento. La ética del consumo implica la particular paradoja del estímulo del deseo y el ascetismo del ayuno. Anorexia y bulimia son sólo la versión extrema del narcisismo de la cultura moderna. Las enfermedades de la dieta son la expresión paradigmática de un tiempo donde todo responde a la lógica del mercado: en dichas patologías el individuo se autoconsume.+

Bibliografía

- 1.- Aries, Philippe y Duby, Georges: “Historias de la Vida Privada”, Tomos 8 y 9, Taurus, BsAs., 1991.
- 3 - Baudrillard, Jean: “La sociedad de consumo”, Barcelona, Plaza-Janes, 1985.
- 3.- Eco, Umberto: “Los modos de la moda cultural”, en U.E.: “La estrategia de la ilusión”, Lumen, BsAs., 1986.
- 4- Ewen, Stuart: “Todas las imágenes del consumismo”, Grijalbo, México D.F., 1991.
- 5.- Geertz, Clifford: “La interpretación de las culturas”, Gedisa, México, 1987.
- 6- Guillemot, A. y Laxenaire, M.: “Anorexia Nerviosa y Bulimia”, Masson S.A., Barcelona, 1994.

- 7.- Herscovici, Cecile y Bay, Luisa: “Anorexia Nerviosa y Bulimia”, Paidós, Bs.As., 1993.
- 8.- Lipovetsky, Gilles: “El imperio de lo efimero”, Anagrama, Barcelona, 1990.
- 9.- Marafioti, Roberto: “Los significados del consumo”, Biblos, Bs. As., 1993.
- 10.- Porter, Roy: “Historia del cuerpo”, en AAVV: “Formas de hacer historia”, Alianza, Madrid, 1994.
- 11.- Schilder, Paul: “Imagen y apariencia del cuerpo humano”, Paidós, México D.F., 1987.
- 12.- Toro, Josep y Vilardell, Enrie: “Anorexia Nerviosa”, Martinez Roca S.A., Barcelona, 1987.
- 13.- Valiente, Enrique: “Anorexia y bulimia: el corsé de la autodisciplina”, en Mario Margulis (comp.): “Cultura y juventud”, Biblos, Bs.As., 1995. (en prensa)

ANOREXIA NERVIOSA:

EL PROCESO DE LA CONFORMACION SOCIAL DEL CUERPO

Lic. María Patricia Rodríguez Fuchs
Antropóloga

Los aspectos médicos de la Anorexia Nerviosa han mostrado un creciente y marcado interés con el transcurso de los años. Lo que alguna vez se pensó como "algo raro", hoy en día se ha convertido en un punto importante de la Salud Pública de los países occidentales. El aspecto cardinal de esta afección es la pérdida anormal del peso corporal debida a una restricción calórica extrema, afectando fundamentalmente a mujeres jóvenes. Esta conducta sería motivada por lo que se describió como un deseo irrefrenable de adelgazamiento (1), un temor morboso a engordar (2) o bien una "fobia del peso corporal"(3). Llama poderosamente la atención que la seriedad del adelgazamiento sufrido es frecuentemente negada por el individuo que la padece. Esta conducta pareciera tener una connotación autodestructiva, dado que seguimientos a largo plazo de éstos individuos indican que la anorexia nerviosa está asociada con una seria tasa de morbi-mortalidad entre el 4% y el 18%(4).

Existe un debate epidemiológico sobre las tendencias a largo plazo de la incidencia (casos nuevos/año) y la prevalencia (total de casos conocidos/año), sin embargo es claro que se ha vuelto más común (5-6). El pico máximo de incidencia claramente se expresa en la adolescencia, pero se presenta desde la pre-adolescencia hasta la edad mediana y sólo un 5 a 10% son varones. Se la reconoce hoy en día tanto en poblaciones urbanas cuanto rurales (7). Hay evidencia de que entre cierto grupo de deportistas, que se caracterizan por una particular silueta, en función de belleza o rendimiento tales como patinadores, bailarines de ballet y gimnastas artísticos, tienen un riesgo aumentado de padecer anorexia o algún trastorno de ingesta (8).

Pasando revista a la bibliografía, es posible observar algunos hechos interesantes:

En primer lugar hay muy pocas referencias en la Antigüedad y en la Edad Media. Es en el siglo XIX donde aparecen casos aislados de trastornos alimentarios autoinducidos, reconociéndose quizás como la primera descripción médica, aquella que realizara Richard Morton en 1689, "... no recuerdo en toda mi vida médica, haberme encontrado con un naciente cuyo desgaste pareciera un esqueleto apenas recubierto por la piel..."; el desorden emergió corrió una entidad clínica distinta con las descripciones de Gull en 1873, quien acuñó el término anorexia nerviosa y Lasegue en 1873 con una descripción más detallada (9). Durante el siglo XX se reconocieron posibles causas psicológicas, confundiéndose a veces su cuadro clínico con el de la Insuficiencia Hipofisaria descrita por Simmonds en 1914, originándose una controversia que duró más de treinta años. El origen psicogénico fue reafirmado por diversos autores, éste punto de vista predominó en las publicaciones médicas hasta el presente (10).

Según algunos autores, después de la Segunda Guerra Mundial se ha observado una creciente frecuencia de la anorexia nerviosa, se estima que en los últimos veinte años la incidencia de este tipo de trastornos ha crecido significativamente. Podrá sugerirse que las actuales tendencias y presiones socioculturales contribuyen a aumentar las frecuencias de

los trastornos alimentarios en especial en mujeres jóvenes. La importancia de desarrollar en forma exhaustiva este contexto radica en no considerar “casual” su auge después de la Segunda Guerra Mundial.

Por otro lado, hay que destacar que esta patología se hace presente, mayoritariamente en determinadas clases sociales: media y alta. También se refiere específicamente a un grupo etéreo determinado: los adolescentes; y mayoritariamente a un sexo en particular: mujer.

Un dato importante para destacar, es que las investigaciones realizadas demuestran que la edad mínima está descendiendo, comenzando a aparecer casos de niños que padecen anorexia(hecho que no era común hasta el momento). childress(11) señala que en una investigación realizada con niños en edad escolar, más del 40% de los encuestados se sentían gordos o deseaban perder peso. Por otro lado, en la actualidad también está aumentando la incidencia de la anorexia en varones.

Esta breve introducción permite plantear cuál es el aporte que la Antropología puede acercar para la profundización en el conocimiento de la Anorexia nerviosa.

Desde esta perspectiva, este trabajo se propone desarrollar lo que hasta el momento se conoce como el “factor social” interviniente en esta patología. La importancia de este aspecto, que no ha sido lo suficientemente profundizado, puede sintetizarse en los siguientes puntos:

En primer lugar, puede rastrearse la incidencia histórica de esta enfermedad (cuándo aparece, dónde y a quiénes involucra).

En segundo lugar, permite analizar por qué su desarrollo se da en un grupo etéreo determinado (mayoritariamente adolescentes).

En tercer lugar, permite incorporar nuevos elementos en la discusión acerca de las causas específicas que desencadenan esta enfermedad.

En este sentido, no son los desencadenantes individuales los que aquí pueden ser abordados, antes bien el acercamiento posible remite a las posibilidades de prevención y a las políticas de salud factibles de ser aplicadas.

El aseverar que ésta enfermedad sólo se hace presente a partir de un momento histórico específico y que sólo involucra, mayoritariamente, a los adolescentes y jóvenes de una determinada clase social, permite poner en discusión aquellas explicaciones que remiten la anorexia nerviosa a procesos psicológicos y biológicos; en donde el marco “social” más amplio que discuten- es el familiar (12).

Se sugiere aquí, que la anorexia nerviosa no puede ser relacionada exclusivamente con problemáticas familiares particulares. De ser así, no podría explicarse por qué su aparición en un determinado momento y no en otro, y por qué involucra a una clase social, y no a otra. Respecto a éste punto, Garner(13) plantea que la patología familiar puede ser el resultado del desorden antes que su causa.

Por esta razón, se incorpora a la familia como parte de un proceso social más amplio, que incluye determinaciones históricas, culturales y de clase, y que por lo tanto no puede ser abordada en forma aislada, sin tener en cuenta la realidad en que está inserta.

De todos estos elementos, puede considerarse que en la adolescencia se presentan tensiones no sólo por razones biológicas, sino también debido a las presiones históricas, culturales y sociales que se le presentan al niño en crecimiento, Es éste nivel de análisis el que permite abordar no sólo el aumento en el número de casos en la actualidad, sino

también las diferencias que pueden encontrarse entre países, específicamente entre occidentales y no-occidentales. Con respecto a la importancia de los trastornos de la ingesta en la actualidad, pueden citarse a modo de ejemplo, las investigaciones que se han realizado entre la población femenina adulta británica, en donde se calcula que entre la mitad y las tres cuartas partes de la misma piensa estar excedida de peso, aunque en realidad menos del 10% lo está (14). También es importante señalar, como sugiere Garner(15) que hay evidencia de que la Anorexia Nerviosa tiene una connotación positiva y que los desórdenes de la alimentación no son vistos como algo inusual o anormal por el público en general.

En referencia al segundo aspecto destacado, se han realizado estudios sobre los desórdenes de la alimentación en países no occidentales, en donde varían las normas con respecto a la alimentación femenina y a la belleza. Entre las sociedades asiáticas como China, Hong Kong, India, Malasia, Singapur y Taiwan los desórdenes alimenticios que se han reportado son muy escasos y parecen ir aumentando de acuerdo a la mayor incorporación de pautas occidentales (16). Frente a esto, Oyewumi y Kazarian (17) encuentran en la población de Nigeria resultados similares a los de los países occidentales y sugieren que los trastornos en las actitudes alimenticias asociadas a la Anorexia Nerviosa pueden ser un fenómeno universal, que trasciende las fronteras culturales, contrario a la noción temprana que lo restringía a los países occidentales. Todos estos autores destacan como parte de sus conclusiones, que no puede eludirse la importancia del “marco social” en el desarrollo de esta patología. En otras palabras, éstos trabajos no explican cuáles són las implicancias del “marco social” y cómo éstas se ponen de manifiesto.

En realidad, esta “**conclusion social**” de estos trabajos, fué el punto de partida de la investigación que desarrollo.

Fué necesario hacer referencia a la categoría de “Imagen corporal” desarrollada por la Psicología, que define como una sumatoria de factores que incluyen la visión que tenemos de nosotros mismos, física, fisiológica, sociológica y psicológicamente. En este caso, la sumatoria de factores resulta inadecuada para explicar la imagen que uno tiene de sí mismo, por eso aquí se desarrolla el concepto de **conformación social del cuerpo**.

La incorporación de este nuevo concepto tiene varias connotaciones: la posibilidad de analizar los trastornos de la alimentación, específicamente la Anorexia Nerviosa, no ya como el resultado de una multiplicidad de factores interactuantes, sino como la consecuencia de niveles diferenciales, siendo más general y abarcativo el social (ya que los sujetos de ésta investigación son considerados desde su nacimiento formando parte de un imaginario colectivo que se ha ido conformando a través del tiempo; Gallino (18) considera que aún el cuerpo es entendido desde los “modelos mentales” que propone la cultura, y que según la posición que ocupe el sujeto en la sociedad podrá optar solamente, dentro de determinados modelos mentales) y concluyendo en el biopsicológico que permite determinar porque frente a las mismas realidades **no todos los adolescentes** presentan esta patología, siendo este último el espacio de las respuestas individuales en donde los sujetos manifiestan sus diferencias interpersonales. En éste sentido podría plantearse, que el imaginario del que el modelo de cuerpo forma parte, es resultado de la **inserción en la cultura** más que una construcción individual que realiza el sujeto en una etapa de su vida.

Se considera entonces como conformación social del cuerpo. a aquéllos procesos a través de los cuales los individuos en un momento histórico, insertos en una sociedad, ocupando un lugar determinado, van construyendo **la imagen que tienen de sí mismos (19)**

Lo interesante de esta categoría, es que brinda la posibilidad de analizar como van construyendo su imagen los adolescentes en general, y los anoréxicos en particular. Esto es importante en tanto, permite un acercamiento a los elementos ya sean comunes o diferenciales que se hacen presente en el momento en que uno construye su propia imagen.

Si bien se han realizado estudios comparativos entre anoréxicos y adolescentes, generalmente se han basado solamente en sus hábitos alimenticios, y recientemente se han incorporado los que se relacionan con el ejercicio físico. No pueden dejarse de incluir, las investigaciones frente a la respuesta ofrecida al presentársele a los encuestados, revistas de moda, o los comentarios resultantes de la exposición frente a un espejo mientras se ingiere un chocolate (20). Si bien los resultados obtenidos son enriquecedores en lo pertinente al tratamiento individual, no son lo suficientemente abarcadores como para permitir comprender la problemática más amplia que sustenta estas situaciones. Debe aclararse que los autores en general reconocen las limitaciones frente a este punto y sugieren la ineludible necesidad de investigar al respecto. Childress(21) menciona, por ejemplo la importancia de estudios que reconozcan y trabajen esta situación en relación a los programas de prevención. Puede reforzarse este concepto, con las investigaciones realizadas por Ohzeki (22) que demuestra que las niñas quieren perder peso, aún antes de la adolescencia.

A modo de conclusión destacamos la importancia de incluir el concepto de la **conformación social del cuerpo** en futuras investigaciones, lo que permitirá entre otras cosas, abordar con una nueva herramienta el estudio del creciente aumento de la incidencia, de los motivos subyacentes por los cuáles se extiende cada día más el margen inferior de la edad, y la incidencia progresiva en varones. A partir de aquí se podrían inferir el desarrollo de políticas de salud eficaces que previnieran en edad temprana el desencadenamiento de ésta patología. Por ello se vuelve imprescindible incorporar a los niños como sujeto de la investigación en la anorexia nerviosa

La conformación social del cuerpo pone de manifiesto también, por qué gente que hace "dieta" por considerarse "gorda" y no tiene sobrepeso, no desarrolla necesariamente cuadro de anorexia nerviosa, También nos remite a la necesidad de trabajar con adolescentes no anoréxicos y anoréxicos, en estudios comparativos que trasciendan pautas y hábitos alimenticios, y de ejercicio físico, que permitan delinear como se conforma la imagen que uno tiene de si mismo,.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- LUCAS-AR. R.; BEARD-C.M.; O'FALLON W.M.; KURLAN- M.T. "50 year trends in the incidence of Anorexia Nervosa in Rochester: a population-based study"
Am - J - Psychiatry 1991; 148: 917-22
- 2-BEUMONT-P.J.V.; BEARDWOOD C.J.; RUSSELL G.F.M. "The occurrence of the syndrome of Anorexia Nervosa in males"
Psychol Med 1971 2: 216-31
- 3- BEUMONT-P.J.V. "The history of eating and dieting disorders"
Clin Appl Nutr 1991; 1: 9-20
- 4- BEUMONT-P.J.V.; GEORGE G.C.; SMART-D.E. "Dieters and vomiters purgers in anorexia nervosa"
Psychol Med 1976; 36: 617-22
- 5- BEUMONT-P.J.V.; CHAMBERS-T.C.; ROUSE-L.; ABRAHAM-S.F. "The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa"
J H Nutr 1981, 35: 265-73
- 6- BHANJI-S.; MATTINGLY-D. *Medical aspects of Anorexia Nervosa*
London: Wright, 1988
- 7- HALL-R.C.W.; HOFFMAN-R.S.; BERESFORD-T.P.; WOOLEY-B; HALL-A.S.; KUBASAK-L. "Physical illness encountered in patients with eating disorder"
Psychosom 1989; 30: 174-91
- 8- HALL-R.C.W.; HOFFMAN-R.S.; BERESFORD-T.P.; WOOLEY-B; HALL-A.S.; KUBASAK-L. "Physical illness encountered in patients with eating disorder"
Psychosom 1989; 30: 174-91
- 9- GARNER-.D.M.: "Pathogenesis of Anorexia Nervosa"
Lancet (i) 341: Jun 26 1993 1631-1640
- 10- SCHOCKEN-D.D.; HOLLOWAY-J.D.; POWERS-P.S.: "Weight loss and the heart: effects of anorexia nervosa and starvation"
Arch Intern Med 1989, 149: 877-81
- 11- CHILDRESS-AC; BREWERTON-TD;HODGES-EL: "The Kids Eating Disorders Survey (KEDS): a study of middle school students"
J - Am - Acad- Child- Adolesc Psychiatry 1993, 32(4) 843-50
- 12- NAGEL-KL; JONES-KH "Predisposition factors in Anorexia Nervosa"
Adolescence, 1992 Summer 27(106) 381-6
- 13- GARNER- DM: op
- 14- RUTHERFORD; Mc GUFFIN; KATZ; MURRAY "Genetic Influences on eating attitudes in a normal female twin population"
Psychological Medicine, 1993. 23 425-436
- 15- GARNER- DM: op
- 16- LEE SING "How Abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Kong"
Psychological Medicine, 1993 23 437-451
- 17- OYEWUMI- LK; KAZARIAN- SS "Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: II Anorexic behaviour"
East - Afr - Med. - J, 1992 dec; 69 (12): 667-9

- 18 GALLINO- L “EL problema MMMM (Modelos Mentales Medidos por la Media)”
Videoculturas de fin de siglo De Cátedra España 1990 p.47-54
- 19- GRIMBERG-M. ” La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica”
Cuadernos de antropología *Social* N 5 Facultad de Filosofía y Letras UBA 1991
p.24
- 20- HAMILTON- K; WALLER- G “Media Influences on Body Sizes Estimation in Anorexia” *British Journal of Psychiatry* 162 (Jun 1993)
- 21- CHILDRESS, op.
- 22- OHZEKI-T; HANAOKI- K; MOTOZUMI- H; SHIYRAKI-K “Abnormal Perception of Body Weight is Not Solely Observed in Pubertal Girls- Incorrect Body Image in Children and Its Relationship to Body Weight”
Acta Psychiatrica Scandinavica 87:3 (Mar93) P. 2 18-222

REFLEXIONES ACERCA DEL TEJIDO ADIPOSEO EN LA EVOLUCION HUMANA - El modelo de belleza femenino hegemónico actual, una agresión a la especificidad biológica del género.

Luisa Virginia Pinotti”, Cristian Favier Dubois* *, Ramiro Fernandez Unsain* *.

Introducción:

La temática del crecimiento y desarrollo, encara fenómenos que comprenden procesos de diferenciación y aumento celular. Estos, son de orden cuantitativo y cualitativo, siendo los primeros más fáciles de evaluar mediante técnicas métricas y los segundos, de abordaje más complejo porque involucran estados de maduración.

En antropología biológica, estos estudios se enmarcan dentro de la teoría general de la evolución, sin dejar de tener en cuenta las limitaciones teóricas que esto implica al abordar fenómenos humanos, donde la variable cultural penetra los procesos biológicos de forma tan compleja como difícil de discriminar.

Crecer y madurar, para poder reproducirse y al fin morir, dejando descendencia fértil, constituye el ciclo inherente a la condición misma de los seres vivos. Es en esos términos que se mide el éxito adaptativo de las especies (categorías máximas de las poblaciones) por su continuidad y ubicuidad en el espacio y el tiempo. Para lograrlo, las poblaciones de organismos, deben primero poder reproducirse a sí mismas tomando el alimento del medio que los circunda. Sin embargo, este camino está atravesado de obstáculos que asumen la forma de : fluctuaciones en la disponibilidad de recursos y la competencia por estos entre los individuos de la misma y otras especies que comparten el ambiente.

No resulta sencillo interpretar la dinámica de la vida, menos aún si a humanos se refiere. El crecimiento del hombre, como el de otros seres vivos, está condicionado por los límites impuestos por la programación genética y el medio ambiente. Hasta aquí compartimos los mismos atributos que otros mamíferos. Pero, ¿a qué llamamos ambiente humano? El ambiente específicamente humano es la cultura y ella indicará desde el mismo momento de la concepción, las pautas que regirán aún la existencia misma de esa vida (FESCINA y SCHWARCZ, 1988; HARRIS, 1986; HARRIS y ROSS, 1987; VARGAS, 1988).

El ADN que los progenitores le transmitieron al embrión ya comienza en el ambiente intrauterino a interactuar con la azarosa cultura. Entre los factores que han de tenerse en cuenta, deben considerarse:

- como es considerada la maternidad en ella
- como es tratada la madre embarazada
- como se alimenta
- si el hijo es un bien deseable y/o deseado

* Profesora Adjunta de la Cátedra de Antropología y Directora del Proyecto UBACYT FI 123, de la UBA: “Estudio socio demográfico, biológico y cultural de población rural”.

** Investigadores del mismo proyecto de investigación.

Luego del parto, el impacto del ambiente se acentúa, cobrando más fuerza aun después del destete (TANNER, 1986; PENCHASZADEH, 1988; VARGAS, 1988) Las variables involucradas aquí, se diversifican:

- disponibilidad y calidad de alimentos
- ritmo de las estaciones,
- enfermedades
- condiciones de higiene y salud.
- urbanización
- estratificación social y número de hijos por unidad doméstica
- valor social de cada sexo

La tendencia secular, es la de aumentar el tamaño corporal. Pero por procesos de adaptación locales no siempre más grande es más eficiente, por lo que las poblaciones humanas del planeta, ofrecen una gran variabilidad en este aspecto.

Los estudios de crecimiento y desarrollo, tienen por objeto abordar estos procesos, dando cuenta de fenómenos vitales que se registran en los cuerpos. Esto exige métodos y técnicas que compartimos con otras disciplinas como la biología humana, la psicología y la medicina, entre otras. Pero, en tanto antropólogos, las preguntas que hacemos y las respuestas que esperamos obtener, nos diferencian sustancialmente. Lo que no implica que podamos compartir núcleos de interés

Nuestro equipo encara actualmente estudios de crecimiento y desarrollo en poblaciones de origen mapuche y tehuelche en la provincia de Chubuth, y ha trabajado con población rural y urbana en Río Negro, Buenos Aires y una población escolar de clase media urbana de Capital Federal.

Estos trabajos surgieron ante la demanda efectuada por médicos y agentes de salud del area habitada por miembros de la comunidad mapuche, en parajes, pueblos y barrios periféricos urbanos del Alto Valle de Río Negro y de la Prov de Chubut a fin de disponer de tablas y gráficos de crecimiento normal para esa población, y poder evaluar el crecimiento y estado nutricional de los niños de ese origen.

El segundo, surgió ante la necesidad de la Cátedra de Antropología Biológica y Paleoantropología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, de formar recursos humanos e iniciarlos en la práctica científica.

Ambos estudios son de carácter transversal, y se tomaron como variables a medir: estatura total, estatura sentado, peso, perímetro cefálico, perímetro braquial, pliegue cutáneo tricípital y pliegue cutáneo subescapular. Cada uno de ellos aporta una información distinta en cuanto a evidenciar el impacto del ambiente sobre el individuo.

En el presente trabajo, tomaremos en cuenta las variables que identificamos en el peso y los pliegues subcutáneos, que miden la capa de grasa. Tomamos la grasa por ser el indicador más lábil a la acción del ambiente y, ¿por qué no?, por su carga simbólica tan

cara al devenir humano. Por lo tanto abriremos la discusión sobre este tema, en base a la profusa información bibliográfica existente.

Funciones del tejido adiposo:

El tejido adiposo almohadilla el cuerpo para protegerlo y resguardarlo Pero su función principal es la de almacenar energía. A igualdad de peso, las grasas proporcionan mas del doble de energía que los glúcidos.Un depósito de energía, es imprescindible no sólo para disponer de ella en momentos en que el alimento escasea, sino también para crecer.

En algunos mamíferos, la grasa tiene una importante función como capa aislante, debajo de la piel, con lo cual se evita la pérdida rápida del calor. El papel del tejido adiposo en el aislamiento térmico es especialmente evidente en mamíferos acuáticos como las ballenas, lobos y elefantes marinos, que tienen una gruesa capa de células cargadas de grasa inmediatamente debajo de la piel (VILLEE, 1978).

En los humanos, durante la tapa fetal , se acumulan reservas de grasa, que proveen al organismo de los recursos energéticos indispensables para las funciones vitales y el crecimiento intrauterino (ROSSO, 1988) Los recién nacidos de ambos sexos, acumulan grasa en forma gradual en los distintos segmentos corporales. Durante los tres primeros meses en proporción mayor en las extremidades superiores e inferiores. En los tres siguientes, esta proporción favorece al tronco; y de ahí hasta los cuatro años la grasa se incrementa en forma pareja en todo el cuerpo. Luego comienza a decrecer hasta los siete años, época en la cual se incrementa en forma pareja. Tanto en varones como en niñas existe lo que se llama brote preadolescente del desarrollo de tejido adiposo que anuncia la llegada del estirón puberal (FALKNER, 1986).

Próxima a la pubertad, comienza a producirse la diferenciación entre ambos sexos en cuanto a la distribución de grasa corporal. Los varones desarrollan más fibra muscular con inserciones óseas prominentes. Las niñas, (que llegan a esta edad con menor pérdida que el varón de tejido adiposo), acumulan mayor cantidad de grasa, sobre todo en caderas y muslos, y más tarde en tórax y brazos.(TANNER, 1986; FALKNER,1986;BOUCHARD y JOHNSTON, 1987; FRISCH, 1988).Se ha calculado que a partir del comienzo del estirón prepuberal y hasta la menarca, las niñas incrementan en un 120 % su tejido graso, mientras que su masa- magra (huesos, músculos y vísceras) sólo aumenta un 44 % (FRISCH, 1988).

En los últimos veinte años las investigaciones demuestran la función que este tejido ejerce sobre el control de la capacidad reproductora femenina. Una niña debe tener almacenada una cantidad mínima de grasa para tener sus primeros ciclos menstruales normales, mantenerlos regularmente y estar en condiciones de reproducirse. Por lo tanto hay un umbral por debajo del cual la ovulación no se produce o cesa . Se ha estimado ese umbral, en un 25 por ciento aproximadamente del peso corporal total.Los varones, en la misma etapa de desarrollo poseen sólo un 12 a 14 por ciento de tejido graso. (FRISCH, 1988).

La función reguladora del tejido adiposo sobre la reproducción, parece tener un claro sentido evolutivo, pues sólo permite la concepción cuando el embarazo pueda llevarse a término, sin arriesgar la vida de la madre ni la del niño. La reproducción requiere mucha

energía. Se calculan entre 50.000 y 80.000 las calorías consumidas en este proceso, y entre 500 y 1000 calorías extra diarias para la lactancia (FRISCH, 1988).

De este modo, los símbolos de la fertilidad femenina que desde la antigüedad nos han llegado en forma de estatuillas representando mujeres obesas con senos y glúteos deliberadamente exaltados (como es el caso de las venus paleolíticas), tendrían un sentido biológico real varios grupos de investigación han descubierto que el tejido adiposo convierte los andrógenos (hormona masculina) en estrógeno. (FRISCH, 1988). Las hormonas femeninas llamadas colectivamente estrógenos son las responsables de provocar, en la pubertad, el crecimiento de mamas, caderas, útero, vagina y glándulas vaginales asociadas (TANNER, 1986).

Las mujeres delgadas, algunas afectadas de anorexia nerviosa o bulimia y las que practican un entrenamiento deportivo excesivo, pueden retrasar la edad de la menarquía hasta los 20 años, o pueden interrumpir la producción de óvulos, por incremento de la masa muscular en detrimento de su capa de grasa.

Hace un siglo la edad de la menarquía se situaba aproximadamente hacia los 15 años. En el presente, cuando las condiciones ambientales son más favorables, por mejora en la alimentación y disminución de enfermedades, la menarquía se manifiesta frecuentemente cerca de los 12,5 años.(FRISCH, 1988).

Planteo del problema: Modelo de belleza hegemónico actual

Nuestra 'inquietud sobre esta temática surge de observaciones efectuadas durante la práctica de campo en crecimiento y desarrollo. En ésta advertimos una preocupación recurrente en las niñas, especialmente de clase media urbana, por el sobrepeso.

Tal aflicción, en la mayoría de los casos, no tenía motivo justificado sino por la expectativa de responder a un modelo femenino de belleza hegemónico, que se genera desde los medios publicitarios. Se exige una figura cada vez más espigada musculosa, de aspecto infantil. La imagen se repite constantemente: una mujer o un varón de la especie sapiens-sapiens muestran ante quien lo quiera ver lo que han conseguido con tanto esfuerzo y dedicación son cuerpos "perfectos" llenos de musculosa, sin grasa, que solo puede indicar que la Srta. o el Sr. en cuestión gozan de buena salud, pertenecen al mundo de la cultura "Light" y en sí mismos forman parte de un modelo que a su vez se reproduce. En este sentido son mucho más seleccionables que otros para ser valorados, queridos, agregados y por lo tanto lograr funcionar (de la manera más salvajemente organicista) como referentes normativos.

Existe un lugar desde donde esto puede ser visualizado: la industria de la moda ha generado sus propios medios de reproducción no solo a través de la lógica del capital sino además mediante la estigmatización y monopolio de la imagen como generadora de demanda implicando y comprometiendo en esta dinámica un cuerpo- me refiero al cuerpo humano- que debe resistir los embates del mercado, uno de los ámbitos elegidos para reflejar este estado de cosas de una manera residual es el mundo de las trabajadoras asalariadas que tienen por objetivo y deben mostrar y demostrar una exterioridad construida y dinámica. Es este el mundo de las modelos que se repiten a través de:

- imágenes en avisos gráficos y de TV
- proliferación de alimentos “diet”
- revistas femeninas
- multiplicación de gimnasios y actividades fisicoculturistas
- modelos de cine y series de TV
- diseño de muñecas del tipo “Barbie”

Este prototipo está cobrando víctimas en niñas cada vez menores, justamente cuando son más vulnerables en varios sentidos:

1ro -Porque están en una etapa de maduración emocional en la que buscan “gustarse en la mirada, de los demás” .(DOLTO, 1992)2do-Porque en esta etapa los requerimientos calórico-proteicos son muy altos (TANNER, 1986).

3ro -La supresión voluntaria de alimento puede llevar a perturbaciones graves en los hábitos alimenticios como la anorexia nerviosa. Cuando esta enfermedad aparece en jóvenes que padecen miedo a engordar, suele encubrir’ el temor a convertirse en mujer y/o a asumir su sexualidad naciente (DOLTO, 1992). La bulimia que es otro de estos desórdenes (a veces asociada con la anorexia nerviosa), produce la necesidad irresistible de comer, seguida de vómitos voluntarios. Se genera entonces un encadenamiento de satisfacción de impulsos y culpa.

CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS

Las consecuencias que acarrearán estas prácticas de alimentación deficiente, son aún más graves que las que se evidenciaron en periodos- de hambrunas históricas soportadas por nuestra especie (TANNER, 1986):’

- desnutrición en diferentes-grados
- lentificación del crecimiento
- retardo madurativo=
- amenorrea e infertilidad
- prolongación de la etapa infantil
- mayor vulnerabilidad a las enfermedades
- merma en el rendimiento intelectual
- patologías específicas: osteoporosis, insomnio irritabilidad y estrés.

(3)

Es evidente que este modelo de mujer que llamamos hegemónico por el lugar de poder donde se genera, atenta contra la especificidad biológica femenina, esto es su capacidad reproductora

Hagamos un poco de historia

En las sociedades de cazadores-recolectores se produce un control efectivo del crecimiento demográfico al espaciarse los nacimientos en un mínimo de dos años. Esto es posible porque la mujer que amamanta difícilmente pueda ovular al mismo tiempo, debido al requerimiento energético que supone este hecho, sumado el desgaste físico que

involucran la movilidad del grupo y las actividades de recolección femeninas.(HARRIS, 1986; HARRIS y ROSS, 1987;FRISCH, 1988).

La sedentarización de poblaciones humanas, junto con un regular aprovisionamiento de carbohidratos y una menor movilidad del grupo, trajo aparejado el aumento de las reservas energéticas en la mujer y, en consecuencia, el amamantamiento dejó de ser un medio eficaz para la regulación de la natalidad. Esto sucede porque nuestro Género tiene una antigüedad de 2000.000 de años y la especie de aproximadamente 300.000, constituyéndose la agricultura en la fuente preponderante de recursos para algunos pueblos, hace tan sólo 10.000 años (TAPIA, PINOTTI, ICASATE, 1994) Esos dos millones de años de evolución del linaje Horno transcurrieron en medio de hambrunas, catástrofes ecológicas, pestes y escasez de recursos. Durante todo ese tiempo la selección actuó a favor de los individuos portadores de genes capaces de convertir una ingesta pobre en almacén de grasa, sobre todo en las mujeres por su rol reproductivo, Sin posibilidad de almacenar para los tiempos de escasez, los cazadores recolectores solo pueden hartarse de alimento cuando este abunda y acudir s sus reservas de grasa cuando el alimento escacea. La agricultura u otras economías que permiten el control de las fuentes de alimento y su almacenamiento fuera del cuerpo, fueron lo suficientemente tardíos en nuestra historia evolutiva como para no poder revertir este lento pero inexorable proceso de selección por el cual estamos más capacitados para sufrir alguna que otra hambruna periódica que la ingesta inmoderada de alimentos de las actuales sociedades de los supermercados (TANNER, 1986).

Con la sedentarización y sobre todo don la agricultura el crecimiento demográfico requirió nuevos mecanismos de control. Marvin Harris sostiene que la regulación más eficaz de la natalidad consiste en la reducción del número de mujeres y/o la de su fertilidad, Los mecanismos más frecuentes para lograrlo son: infanticidio femenino directo o indirecto, reparto desigual de alimentos, maltrato, trabajo excesivo, etc.

¿Qué significa el modelo de belleza femenino hegemónico actual?

Como ya vimos, desde un punto de vista biológico, este modelo limita la capacidad reproductora femenina. Es un modelo que se importa desde países con una tasa negativa o nula de crecimiento demográfico. Segun al marco teórico de la evolución biológica, si la eficacia adaptativa de una especie se mide en términos del número de descendientes que alcanzan la edad reproductiva, es evidente que un enfoque que explique los fenómenos humanos Únicamente en términos de adaptación, es por lo menos reduccionista y simplificador, al no dar cuenta de la complejidad real de la interacción entre lo biológico y lo cultural.Hemos logrado una eficacia biológica espectacular ocupando casi todos los ambientes del planeta y lo logramos por nuestra estrategia de reproducción sexual -con receptividad sexual continua en las hembras humanas- ,la capacidad reproductiva y el dominio sobre los recursos alimentarios. Lo que en un momento se constituyó en mecanismo de supervivencia en términos de especie necesitó generar más tarde mecanismos acordes de control sobre el crecimiento poblacional. Es así como los métodos anticonceptivos más o menos eficaces son conocidos en casi, todas las culturas. Cuando estos fallan, y en sociedades sometidas a intensa presión alimentaría la mujer es ojero de maltrato mediante prácticas discriminatorias que se traducen en: reparto desigual del

alimento, trabajos pesados, rituales de pasaje peligrosos para su integridad física, infanticidio femenino, etc.

Es en esta línea de pensamiento que nos llama la atención lo que el modelo de belleza de la extrema delgadez femenina produce como efecto final: elimina la posibilidad de procrear, atacando el germen primario de vida que es el óvulo, pero lo más importante es que produce deterioro en la calidad de vida y puede llevar a la muerte.

(4)

Este ideal de belleza construido a contrapelo de la programación genética genera necesariamente angustia y frustración: ¿cómo se puede responder a la imagen que se impone desde afuera expulsando todo vestigio de grasa, cuando el organismo está programado desde adentro y desde mucho más atrás que una efímera existencia individual, para retenerla? Una vez más el género femenino es el más atacado por mecanismos no tan sutiles

BIBLIOGRAFIA:

BOUCHARD C y JOHNSTON F E, 1987. Fat distribution during growth and latter health outcomes. A Symposium Held at Manoir St-Castin, Lac Beauport, Québec, June-9-11,

DOLTO F, 1992 Palabras-para adolescentes, o el complejo de la langosta. Ed. Atlántida, Buenos Aires 1992.

FALKNER F, 1986 Consideraciones sobre el desarrollo humano. En: Desarrollo Humano, Washington.

FESCINA R H y SCHWARCZ R, 1988. Crecimiento intrauterino. La- mujer gestante. En: Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. OPS Nro 510. Washington.

FRISCHRE, 1988. Obesidad y fertilidad. En: Investigación y Ciencia, Barcelona, mayo.

HARRIS M y ROSS E B, 1987. Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo. Ed. Alianza 'Universidad, Madrid.

HARRIS M, 1986, Caníbales y reyes. Los orígenes de la cultura. Ed. Salvat, Barcelona.

PENCHASZADEH V B, 1988. Condicionantes básicos para el crecimiento. Una larga polémica: herencia o ambiente. En: Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. OPS Nro 510.

PINOTTI L V, 1994. Estándares de crecimiento normal para la población mapuche de Río Negro. Insituto de Ciencias Antropológicas. Serie Extensión Universitaria N° 1. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

ROSSO P, 1988. Requerimientos nutricionales el feto humano. En: Crecimiento y Desarrollo. Hechos y tendencias. OPS Nro 5 10, Washington.

TANNER J M, 1986. El hombre antes del hombre. El crecimiento físico desde la concepción hasta la madurez. Ed. FCE, México.

TAPIA, PINOTTI, ICASATE, 1994. El proceso de hominización. Aspectos biológicos y culturales. Antropología. Colección Manuales. M lischetti compiladora. EUDEBA, pp 236-327.

VARGAS L A, 1988. Contexto socioantropológico del crecimiento infantil. En: Crecimiento y Desarrollo. Hechos y tendencias. OPS Nro 5 10, Washington,.

VILLEE C A, 1978. Biología. Ed. Interamericana, México.

Lic. Silvia Bravo-Antropóloga (Estudios y Proyecto)

Lic. Adriana María Zaffaroni-Socióloga (Area de Estudio e Investigación en Ciencia, Cultura y Sociedad. Secretaría de Cultura. Centro Cultural San Martín.

ALGUNAS REFLEXIONES Y COMPARACIONES ACERCA DE LA COMIDA, LA ALIMENTACION Y EL CUERPO EN EL MARCO DE DISTINTAS CULTURAS Y SOCIEDADES.

Lo que aquí presentamos no es más que el inicio del momento epistemológico que trata desde el planteo del problema la formulación de preguntas acerca de los Trastornos de la alimentación en la sociedad contemporánea.

Nuestro acercamiento al tema que nos ocupa surge como resultante de la experiencia de tres años de Jornadas de Prevención para Jóvenes que comenzamos a realizar desde el año 1993 en el Centro Cultural General San Martín desde el Area de Estudio e Investigación en Ciencia, Cultura y Sociedad.

Dichas Jornadas cuya particularidad es la de contar con disparadores artístico-culturales como parte inicial de los Talleres han recibido hasta el momento a más de 40.000 jóvenes, en actividades de Talleres sobre diferentes temáticas, cine-debates, exposiciones de afiches, muestras interactivas a través de computadoras, concursos de afiches, videos , fotografías y espectáculos artísticos.

Nuestro trabajo en Promoción de la Salud hacia el sector juvenil comenzó en el año 1990, fundamentalmente a través de acciones de prevención de Sida.

Las evaluaciones que realizamos durante las Jornadas a través de reflexiones grupales con adolescentes , cuestionarios y reuniones con coordinadores, profesionales y artistas que habían participado en la implementación de los Talleres nos proporcionaron elementos para plantear contenidos para nuevas actividades, dentro de los cuales el tema Bulimia y Anorexia resultaba prioritario, a partir de lo cual comenzamos un buceo bibliográfico sobre el tema.

Teniendo en cuenta este antecedente decidimos realizar durante el año 1994 conjuntamente con la Lic. Mariángeles Altube, especialista de Prevención de Bulimia y Anorexia, dos reuniones referidas al tema.

Durante las mismas se manifestaron distintos abordajes, miradas y hasta planteos contradictorios, tanto a nivel profesional como institucional. Dichos encuentros tenían un diseño metodológico que contemplaba el trabajo en pequeños grupos coordinados por Psicólogos Sociales luego de la exposición del panel, para volver luego con diferentes interrogantes , dudas y planteos a dialogar con los profesionales invitados.

El interés y la inquietud demostrado por padres, profesionales, docentes y jóvenes, muchas veces acrecentado por tener algún familiar, amigo o allegado padeciendo estas patologías, orientó las preguntas hacia el conocimiento de los distintos síntomas, los diagnósticos, las formas de tratamiento y fundamentalmente al reconocimiento de actitudes y conductas que tempranamente pudieran advertir sobre el riesgo del avance de estas alteraciones en la conducta alimentaria de los adolescentes.

Todos estas experiencias nos llevaron a formular uno de los primeros interrogantes:

Era este uno de los señalamientos de “lo social cuestionado” que plantea la sociedad contemporánea ?

Se sentían interpelados de esta forma los jóvenes por el modelo social imperante que prescribía a través de los medios de comunicación cuerpos inalcanzables, figuras planas, casi imposibles de alcanzar para la naturaleza humana, cuyos mandatos obedecían aun a costa de sus propias vidas ?

Manifestaba esta situación, también en este plano, la ausencia de “movimientos de oponentes” a un modelo que muchas veces aparece sin opciones o simplemente marcaba un “nuevo movimiento de excluidos”, en este caso de aquellos que no alcanzaban el cuerpo prescripto o deseado, el cuerpo imposible dentro de un desarrollo humano armónico ?

Marcaba este síntoma la realidad de una nueva estructura social y familiar donde son cada vez más escasos los intercambios y las reuniones alrededor de la mesa familiar?

Sabemos que nuestro camino es muy largo y tal vez sean escasos los recursos humanos y económicos que puedan acompañar y ayudar en esta indagación pero intentaremos recorrerlo hasta delinear con claridad y adecuadamente nuestro objeto de estudio.

La comida

La comida puede ser considerada como una actividad meramente biológica en cuanto se relaciona con la nutrición pero también constituye un hecho social y cultural.

Por nuestro planteo inicial colocaremos preponderantemente el énfasis en los aspectos socio-culturales más que en los meramente nutricionales.

Según un estudio realizado en Estados Unidos, en el año 1979, se han determinado por lo menos 20 usos de los alimentos en la sociedad:(1)

1. Significar,riquezas Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales
4. Proporcionar un foco para las acciones comunitarias

5. Expresar amor y cariño
6. Expresar individualidad
7. Proclamar la distintividad de un grupo
8. Demostrar la pertenencia a un grupo
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional
10. Significar status social
11. Recompensas o castigos
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento
13. Ejercer poder político y económico
14. Diagnosticar, prevenir y tratar enfermedades físicas
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales
16. Simbolizar experiencias emocionales
17. Mantener piedad o devoción
18. Representar seguridad
19. Expresar sentimientos morales
20. Significar riqueza

De todos los usos de los alimentos que acabamos de listar sólo uno de ellos apunta estrictamente a consideraciones nutricionales, el resto constituye una extensa variedad extrabiológica que incide sobre la alimentación, donde la historia de cada sociedad y cultura nos proporciona elementos que permiten entender esos diferentes usos. Esta situación nos habilita para armar una serie de categorías que agrupan algunos de aquellos usos mencionados:

*** Relación de la alimentación con el prestigio social**

Adopción de alimentos característicos de una clase social superior. Como por ejemplo se puede citar el consumo alimentario de nobles y campesinos en la Inglaterra medieval. Estos consumían habitualmente pan, queso y otros pocos productos, mientras que los nobles y terratenientes disfrutaban de decenas de platos diferentes, con varios tipos de carnes. Asimismo ofrecían grandes festines, en los cuales se han visto fines sociopolíticos, ya que los alimentos que consumían simbolizaban el poder sobre las clases populares.

Otro ejemplo : entre los kwakiuti, grupo de la costa noroccidental de América del Norte, existía la institución llamada potlatch, que consistía en la acumulación de una serie de bienes, entre ellos la comida, para su posterior distribución. Se enmarcaba esta acción dentro de la noción de reciprocidad, en este caso la devolución, con creces de lo que se recibía . Este tipo de acumulación de riquezas no debe interpretarse en el sentido de la acumulación capitalista, ya que se repartían entre los integrantes del grupo. A mayor generosidad de quien ofrecía una fiesta o regalos. mayor prestigio social.

En época colonial, esa demostración de riqueza y poderío social llegaba a manifestarse hasta en la destrucción de viviendas, pero antes de la llegada de los europeos, las finalidades del potlatch eran redistribuir alimentos en la época de escasez, dar validez a los cambios de status social y transformar la riqueza en prestigio del anfitrión, con lo cual se mantenía la necesidad de devolver lo recibido cada vez con mayor grandilocuencia, pero continuando de esta manera con el intercambio.

*** La comida considerada como vehículo de expresión de la hospitalidad y la afinidad.**

La comensalidad como forma de convivencia fuera del ámbito familiar: comer con “otro” es un hecho social y la prueba de ello está en que la mayor parte de las relaciones entre las personas o entre grupos, ya sean estas formales o informales, se vinculan de alguna manera con el acto de comer. Por ejemplo, si nos encontramos con algún conocido en la calle, es muy frecuente ir a tomar un café; si me visita alguien en casa lo invito con mate, etc. En general lo que se brinda o comparte en estas circunstancias no es el alimento del cual depende la subsistencia, sino que se trata de productos que pueden ser suntuarios o no, pero que exceden lo meramente nutricional.

La comensalidad, el hecho de compartir, significa la aceptación mutua.

Entre los bosquimanos -grupos cazadores/recolectores de Africa del Sur- se distribuye el producto de una cacería, cuando se trata de un animal grande, entre los integrantes de todo el grupo, hayan o participado o no en dicha cacería. Existe, sí, una jerarquización: el jefe se reservará la mejor parte y el resto lo repartirá entre los demás. Aquí aparecen otros elementos dentro de la cultura bosquimana que exceden lo que podríamos llamar “lo objetivamente nutricional”.

***Acontecimientos personales o familiares, históricos o estacionales que van acompañados por ingestas de alimentos.**

Podemos señalar casamientos, nacimientos, defunciones. En este sentido vale recordar que el término ágape, que se usa habitualmente para hablar de un encuentro gastronómico importante, nominaba entre los romanos a la comida posterior a un funeral.

También se conmemoran con la comida fechas importantes de la historia nacional, como refuerzo de la identidad nacional (ej.: empanadas, locros, carbonadas el 25 de mayo y el 9 de julio).

Lo mismo puede decirse de acontecimientos estacionales que marcan momentos importantes en la vida de una comunidad, Así por ejemplo en los grupos andinos se festeja el comienzo de la cosecha y de la siembra con comidas y bebidas que forman parte de las actividades ceremoniales, de acuerdo a costumbres y modalidades compartidas por los integrantes de esa comunidad.

*** La alimentación como sistema de comunicación.**

La alimentación es por su carácter simbólico una forma de lenguaje. En este sentido más allá de posibles enumeraciones sobre los atributos de los alimentos, se puede pensar en un sistema de signos o unidades significativas que se intercambian.

Roland Barthes ha trabajado sobre este tema y propone inventariar los variados hechos alimentarios de la sociedad, incluyendo productos, técnicas y usos y conmutarlos para

determinar si el pasaje de un hecho a otro origina una diferenciación social. Como ejemplo merece citarse la estimulación al consumo de pan negro en Argentina durante la década del '50, ya que la mayoría del trigo se destinaba a la exportación, mal visto en aquel momento y hoy considerado un alimento más saludable. Otro ejemplo lo constituye el consumo de pan negro durante la Guerra Civil Española vinculado estrictamente a carencias, hoy elegido para ser consumido por razones dietéticas y estéticas.

***La construcción de la identidad a través de la comida**

Usos, preferencias o aversiones hacia determinados alimentos constituyen una vía de construcción de la identidad de un grupo, ya sea un grupo social, étnico o etario.

Aquí podríamos intentar algún acercamiento a la significación de la comida para los adolescentes. Hemos hablado ya de la comensalidad, como un hecho netamente social y primario de convivencia extrafamiliar. La adolescencia es la etapa en que comienza el despegue del ámbito familiar hacia el mundo exterior. por otra parte hablamos ya del acto del comer y compartir en grupo esta actividad. En este sentido los lugares donde se ofrece la llamada “comida chatarra” o fast food son un buen ejemplo de lo que decimos. Por lo general, en ellos se asocian las hamburguesas y las papas fritas con música, ruido y compañía. Estos son los lugares de modo que muchos adolescentes toman como referentes.

Ahora bien, si bien los jóvenes conocen cuáles son los alimentos más “sanos” muchos de ellos no los eligen a la hora de comer en compañía de sus amigos o compañeros. El cambio de época ha establecido que la comida industrializada. goce de más adhesiones entre los más jóvenes que la “hecha en casa o comida casera” altamente valorada por los que hoy somos adultos jóvenes. Sin duda la publicidad y el marketing de las grandes cadenas que ofertan comidas ha ganado cada vez más adeptos, estos lugares que son iguales en el Barrio de Belgrano, en pleno centro de la ciudad o en Wilde o Campana, al igual que los patios de comidas de los shoppings son lugares cuyos diseños y escenarios se repiten en muchas lugares diferentes del mundo -serán estos los no lugares-, sin duda esta repetición es fruto de la globalización.

Pero al decir de los jóvenes estos lugares les ofrecen un marco de contención y fortalecen su identidad, transformándose en una “manera joven de comer”.

En este sentido los alimentos como conformadores de la identidad, tanto individual como grupal, por un lado expresan la pertenencia a un grupo y por otro indican la diferencia con otros grupos. Sin embargo la tendencia en la sociedad de poner al adolescente en el lugar del “modelo” modifica esta diferenciación de ellos respecto del mundo de los adultos.

La preocupación por la dietética y por la salud

En Occidente los parámetros han cambiado a través de las diferentes épocas. En la Italia de la Edad Media la gordura era sinónimo de salud, belleza y opulencia; se la asimilaba con características de las clases dirigentes. Inclusive la expresión **popolo** grasso -como se

denominaba a éstas- se oponía a la de popo10 magro, las clases populares, en las que la delgadez, el hambre y la miseria iban de la mano.

Actualmente las características asociadas con la obesidad y la delgadez se han invertido. En las sociedades industrializadas y aún en las que aspiran a serlo y las imitan- la belleza y hasta el refinamiento se reflejan en la delgadez, mientras que la obesidad alude a la fealdad, la dejadez, y a la mala alimentación (por exceso de grasas). Pero también coexisten en este fin de siglo sociedades malnutridos, con una distribución del ingreso absolutamente desigual que enaltecen la gordura porque para ellas, representa la abundancia, la posibilidad de acceder a los alimentos, la riqueza...

En realidad d en muchos países coexisten estos dos tipos de sociedades resultante de la exclusión creciente que genera la aplicación del modelo neoconservador.

Lo que se observa en las Sociedades de abundancia es una preocupacion cada vez más marcada por cuidar la línea, exacerbando la creación de dietas y colocando al ejercicio fisico como ritual sagrado de un buen cuerpo. El culto a la delgadez, tema principal de ambas patologías (bulimia y anorexia), se ha hecho obsesivo en la publicidad destinada a la mujer afectando la sexualidad. la identidad y la autoestima de las adolescentes(2)

En otros contextos históricos los preceptos dietéticos se relacionaban más con la salvación del alma que con la del cuerpo. En nuestra época lo que se busca es la salvación del cuerpo. Así los ayunos purificaban el alma de los pecadores. Actualmente, el verse uno mismo “bien” (=delgado) para obedecer la presión masificadora de la cultura, parecería tender a la búsqueda de un placer narcisista.

Hoy día, el ayuno parecería tender a purificar el cuerpo de todos sus excedentes (otros pecados).

En ambos casos, la salud era y es el objetivo buscado; por eso se emplea el término salud en ambos casos: salud del alma y salud del cuerpo.

Será este el momento de unir cuerpos y almas comenzando por incorporar a los excluidos de la comida, de la cultura, de los ideales..., para romper esta situación de encontrarnos en medio de una multitud de individuos aislados ? (3)

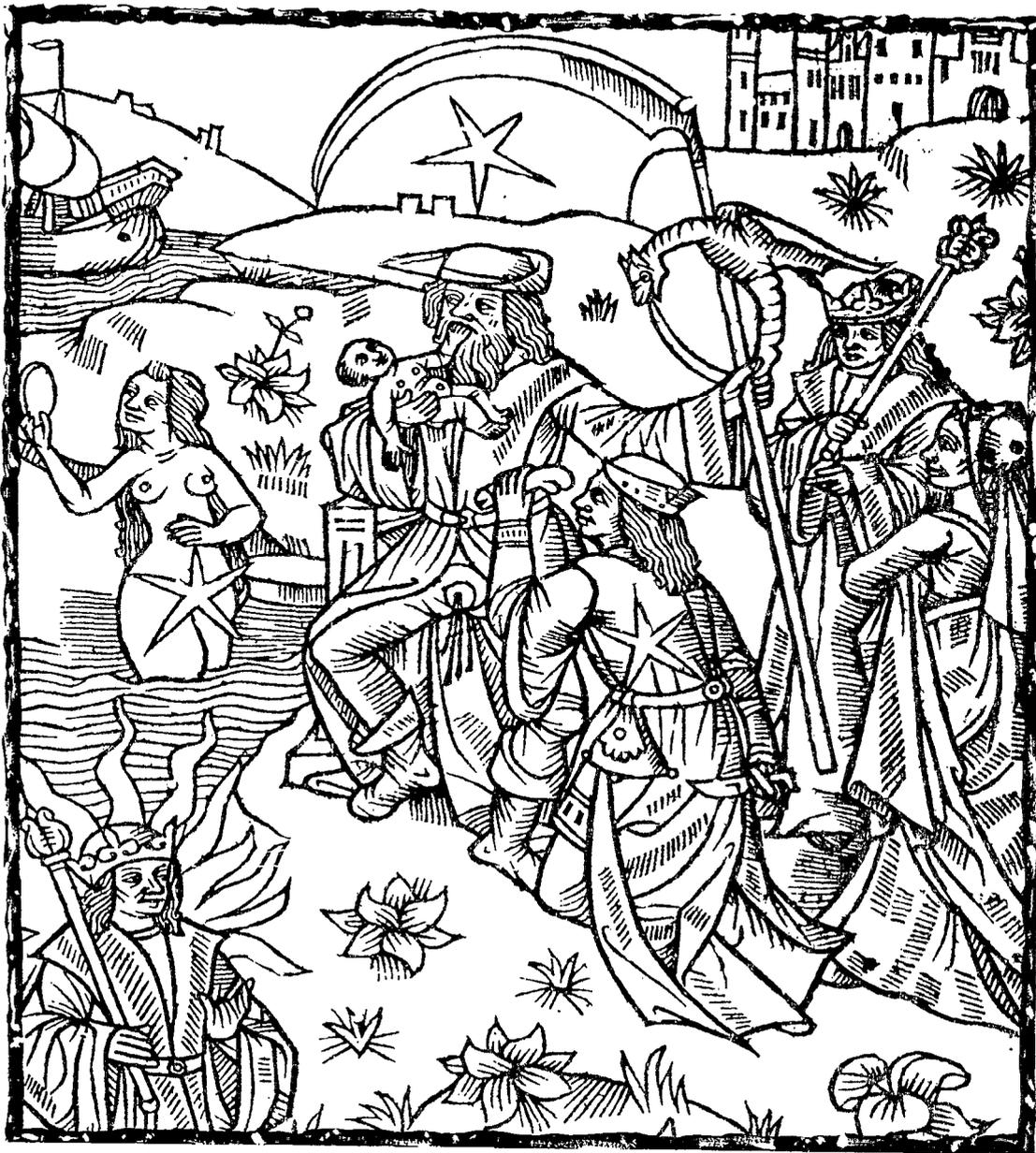
Notas

(1) Baas, Wakefield y Kolasa (investigadores)

(2) Aguirre Baztán, Angel. “Entre la Bulimia y la anorexia”

(3) Castel, Robert “La metamorfosis de la cuestión social”. Paris. Ed.. Fayard. 1994.

Algunas Propuestas desde el Campo de Pa Preveñción



*“el dolor
es una desértica provincia
donde no cabe
nadie mas
Tu no lindas con nadie
estas afuera.
Pobre de ti. baldon
que no peligras”*

Mario Benedetti

BALDÓN

(EL CUERPO AISLADO)

**PROPUESTAS DE PREVENCIÓN
DESDE EL CAMPO ARTÍSTICO.**

I-EL CUERPO AISLADO

Como Alicia (la de las maravillas) con un espejo engañoso que no se abre a la hora de buscar las dimensiones. Como Ulises, sin viaje y sin retorno. como Hansel. pero sin Gretel o como Gretel pero sin Hansel. cuando el bosque o los pajaros se comieron el camino de regreso, el hombrecito del final (de siglo) se preguntaba qué hacer con su equipaje de carne con su extensión de piel que parecía destinada al aire. al agua. al fuego. a la caricia del otro. a los olores del futuro.

Este, es un cuento milenario: en un rincón del mundo (Occidente) le dijeron que su humanidad estaba del “otro lado” de su cuerpo: en el alma. en la razón. . . . A veces le llamaban “mente” o “conciencia”. También llegó a escuchar que las palabras estaban mas allá. alejadas del ruido de sus órganos, de sus sensaciones y palpitos. Entonces. no supo cómo usar “el traje que le quedaba bien”. Los tiempos habían cambiado, El sabía de flagelaciones. de crímenes. de soledades. sabía también del cansancio y del deterioro. de la locura. tan nombrada con terminos estraños... Sabía del olvido y la nostalgia, sabía. (aunque poco) de la muerte. esa distancia... Hasta aprendió que el traje era un disfraz y lo usó considerablemente para creerse vivo. Sintió hambre y frío y se encontró perplejo, como si fueran cosas que no debían sucederle. Estuvo abrazando un abedul para que no cayera y se dió cuenta que nadie lo abrazaba a él. ya demolido. Pensó en la Cruz. en el martirio. en los cuerpos que nunca fileron encontrados. en cuerpos estensos. transportados por la cinta sin fin de las usinas y le pareció una historia ajena que no le enseñaron bien en aquellos días en las aulas.

Alguna vez soñó que había una fiesta, con pan y vino y cuerpos enlazados y gente que cantaba, perdiendo la razón en las esquinas. es decir había una mesa y comer era sencillo y cotidiano. Pero claro. todo lo olvidaba a la mañana. en el espejo o en la pantalla o el agujero que sentía en el estómago.

Era joven, casi niño. y todos hablaban del final. Sintió nostalgia... pero no había otro para extrañar: la soledad era también una forma de violencia. Se buscó. se tocó y encontró un territorio aislado. Quiso gritar su nombre y el ruido le impidió que lo escucharan. Dijo “Mariana” y a través del espacio el otro escuchó algo así como “Ana”. Ella le dijo adiós por fas. sin beso de despedida. La peste estaba mas que nunca al lado del amor. y esa otra peste tan trivial. la indiferencia. parecía comerle las preguntas. El, sin embargo. andaba con sus gritos y su fe por las ciudades. pero los discursos eran huecos y las palabras no decían, No lo dejaron entrar por el color de sus zapatos, o la etiqueta de su ropa y corrió verdadero peligro el traje de su abajo un amanecer en que había soñado con la fiesta. Los hombres que lo protegían. lo mataban. los que le enseñaban. dejaban su pobrecito cuerpo para el recreo. Se hizo amigo de las imágenes y un día creyó que él también era una imagen y le sobró el espacio como nunca.

Por eso, a veces, sintió su cuerpo como un baldon aislado, con murallas de hielo o de acrílico indoloro, un territorio suyo, únicamente suyo para poder vivir la vida sin los otros... Vivir es un decir, una ficción; una novela y se puso a hacer él sólo lo que debía hacerse con la gente: todas las sensaciones. todas las búsquedas y los remedios, toda la ausencia convertida en experiencia y todo el tiempo medido de otra forma. Se sujetó a su único compañero. el cuerpo, ya que él quedó del otro lado y no había reflexión que liberara. o se miró al espejo. como Alicia pero ya no era un espejo o sus ojos no veían. Andaba buscando un cuerpo ya olvidado. muy parecido a las imágenes: pero la infancia era otra cosa y. la rayuela había ocultado su diseño.

Y aquí está. o suele estar. la pequeñita abroquelada. vomitando la vida y asustada. esperando que el cuento sea distinto. que haya historia en aquel lejano reino.”

*En todos los mundos
hay imágenes flotantes,
íconos vagabundos
cuyo destino es ir a la deriva.
figuras que inquietan a los seres fijos
y a las cosas atadas.*

*Pero hay además mundos
hechos solamente de imágenes:
sin anclajes ni puertos,
íntegramente nómades.
destellos sin raíz,
fulguración en fuga.*

*Toda imagen tiende espontáneamente
a descartar su fuente
y valerse a sí misma:
Y esos mundos de imágenes flotantes
intentan también prescindir de los otros
en busca de un espacio más libre.*

*Porque más allá de la pesadez de los cuerpos,
sólo las imágenes son libres.
Por lo tanto debe el hombre
convertirse en imagen.
O dejar que su imagen se vaya libremente
y aprender a quedarse sin imagen.*

Roberto Juarroz

II - El cuerpo - imagen o imagen de cuerpo.

“Ponerse el cuerpo” dijo César Vallejo... y ¿cómo hacerlo’?...Es un rito que implica muchas cosas: un espacio, otro cuerpo que te mire o te toque o te recorra y sentir el peso del volumen y caminar. tener adónde ir, gastar el tiempo. También consiste en mirar al mundo como casa y sentirse parte de la gente y de las cosas saber que otros han vivido dejando huellas y luces en cada recorrido. y tanto. tanto mas como soñar y tener deseos de crecer. y tantas cosas...

Muchas horas de planitud. de cuerpos perfectos que no huelen. que no envejecen. que no lloran. Nunca voy a ser plana. se dijeron y la insoportable levedad del ser” se transformó en “la insoportable pesadez del cuerpo”. Cualquier peso me pone en el volumen. me pone en humano. esa cosa tan ajena.. .

La modelo más hermosa ha firmado por contrato no comer por 10 años ante público. Dice en algún remoto reportaje que ua no necesita la comida. que se alimenta de cápsulas nutrientes. en la asepsia del hotel internacional. Las hadas no comen. ni los ángeles. y toda la sexualidad se desdibuja: lo ambiguo. lo etéreo: transparente, se vuelve un ideal a la carta. en la vidriera. El cuerpo no es escena de mi vida...La escena esta atrapada en señales luminosas. La comida se vuelve peligrosa: como el amor o el contacto de otra carne. O por lo menos están diciendo que no es bello comer, que es grosero y bajo cómo la orgía. como los ritos de Dionisio. Un mundo des-sacralizdo minimiza lo humano como pocos. banaliza pasiones. desprestisia los ritos de la vida y hasta suprime algunos de la muerte.

Y aquí está otra vez la pequeñita del espejo. cargando la valija de su cuerpo. un equipaje raro. tan pesado. que no entiende.

Conquistar por mi mismo una historia mía, lo que mi atemporal mirada me ha enseñado, transformarla para sostener una mirada repentina, un color acre. He estado fuera suficiente tiempo ausente. Meterme en la historia aunque sólo sea para tocar una manzana. Basta del mundo detrás del mundo. Si renuncio ahora entonces la humanidad perderá por siempre su narrador y si alguna vez la humanidad pierde su narrador en mismo tiempo habrá perdido su infancia

Wim Wenders - Peter Handke
“Las alas del deseo”

III - El cuerpo: la ruta abandonada.

El futuro estaba adelante, era una recta: decían los cristianos y la recta la menor distancia entre dos puntos, insistían científicos y sabios, Ni círculo. ni parábola. ni laberinto con salida. ni un caos que estalla en un diseño. Cuando miró adelante Hansel no supo qué venía y no estaba Gretel para nombrarle la infancia, el anes, el todavía... ¡Cómo hacer para ser parte de una historia. una red de sentido: una metáfora' ? . ..La memoria se archiva en los canales, repasando el olvido y el acontecer no se lce con el cuerpo. Lo real está lejos de mi tacto y mi olfato. ni hablar... Por televisión todos se arrepienten y la reconciliación es imposible. Le han sacado el pulso al camino y la pasión. Me estremezco con un noticiero de ficción. Si no estoy ahí. metido en el montaje. en el recorte, el espectáculo: entonces yo no vivo o no he vivido y ya no sé cuál es el viaje. el contingente. Las mentiras han borrado violencias luminosas y no se llama violencia a la violencia, Me han entregado **un cuerpo.** un mapa de rutas que se borra cada vez que lo leo o lo leemos.

Y aquí está el hombrecito tan perplejo queriendo filmar el road movie de **su** vida...

IV - El cuerpo excluido .

Aquí seremos breves. más que breves: están los hombrecitos sin trabajo. haciendo la cola en hospitales. con hambre de días y de noches. muriendo de delgadez. de olvido. de abandono... Y llora el planeta, o dios. o los que sienten, porque la tercera parte de los vivos no viven. esperan su condena, suprimidos del tiempo y del espacio: ya no al margen del muro y las ciudades, ya borrando **sus** gestos en la niebla.

Y aquí está el hombrecito dolorido que siente cómo doblan las campanas.

CUERPO DOCENTE

*Bien sabía que él la iba a echar de menos
pero no basta qué punto iba a sentirse deshabitado
no ya como un veterano de la nostalgia
sino como un mero aprendiz de la soledad
es claro que la civilizada preventiva cordura
todo lo entiende y sabe que un holocausto
puede ser ardua pero real prueba de amor
si no hay permiso para lo imposible.*

*En cambio al cuerpo
como no es razonable sino delirante
al pobrecito cuerpo
que no es circunspecto sino imprudente
no le van ni le vienen esos vaivenes
no le importa lo meritorio de su tristeza
sino sencillamente su tristeza.*

*Al despoblado desértico desvalido cuerpo
le importa el cuerpo ausente o sea le importa
el despoblado desértico desvalido cuerpo ausente
y si bien el recuerdo enumera con fidelidad
los datos más recientes o más nobles
no por eso los suple o los reemplaza
más bien le nutre el desconsuelo
bien sabía él que la iba a echar de menos
lo que no sabía era hasta qué punto
su propio cuerpo iba a renegar de la cordura.*

*Y sin embargo cuando fue capaz
de entender esa dulce blasfemia
supo también que su cuerpo era
su único y genuino portavoz.*

Mario Benedetti

V - De cuerpo presente: una propuesta desde el arte.

Los dos filósofos curiosos. decían, hace poco, que la filosofía construye conceptos. las funciones son para la lógica. las ciencias. las matemáticas, y el arte trabaja con perceptos (los preceptos de la percepción) y los afectos. El arte: un bloque de sensaciones. Hacer gritar al acero y no al hombre representado. que la Mona Lisa ría. pro que ría el óleo y no la mujer que queda dibujada. Me gusta pensar que esto es así. será por los años de teatro. de actores que tienen su cuerpo como único instrumento. El cuerpo presente implica sensaciones. afectos. contacto. espacio. sentido.. .

Es por eso que el arte suele contribuir a la hora de “ponerse el cuerpo”. Un taller que no separe al hombre de su hermano. que recorra el espacio. que escriba con el cuerpo en todos los lenguajes. como en la infancia. antes del pizarrón y antes que varios de ellos quedaran excluidos. Un taller que no divida el cuerpo y la palabra y se entere que imágenes son muchas y no podemos vivir tampoco sin imágenes. Un taller donde jugar tenga que ver con ritos y con ficciones verdaderas: que no dejen la inteligencia durmiendo en el felpudo. que no se lengue del discurso verbal, en el nombre del movimiento, que ame las texturas. los objetos. que los transforme. Un taller donde la teoría se presente y puedan dialogar todos los saberes: los de la percepción. los de la vivencia., pero que no se quede en la vivencia. en la opinión., .

Escuchar (pero en serio) a los que escriben. los que aman. los poetas escucharse en ellos y escucharse en los otros de su grupo. Un taller que circule. que se mucha. que ame la diferencia. lo distinto. que quiera lo múltiple. lo esquivo. el equilibrio inestable. que no reduzca. ni busque siempre el centro.

Esta es mi propuesta de prevención no localizada. Supone que la problemática del cuerpo y el sentido ingrese a la enseñanza sistemática. a la ciencia. a las áreas de recreación y salud. Todos los que trabajamos con niños, adolescentes. jóvenes y por qué no adultos debemos preguntarnos. sentirnos en nuestro cuerpo. interrogarnos por el sentido. De modo que los talleres deben ser múltiples y múltiples nuestros modos de participación.

El arte no debe funcionar “de disparador de la reflexión. Tiene posibilidades de convertirse en trama de saberes. Tiene varios campos que se cruzan: la sensación y percepción. el afecto. el contacto y la interacción; los lenguajes y el sentido.

VI - Campos de prevención específica de quien escribe:

a) *Sistema educativo de la Provincia de Santa Fe*: talleres en escuelas. talleres para padres y maestros sobre las problemáticas descriptas y a través de la metodología nombrada,

b) *Centro de Adolescencia de Salud Pública Municipal*: talleres para médicos. psicólogos. asistentes sociales, enfermeros: padres. maestros y jóvenes de distintos grupos y características.

c) *campo de la educación artística*: escuelas de teatro. cine. talleres en la comunidad. animación socio cultural, etc.

d) *Campo de la Universidad de Buenos Aires*: contenidos y sobre todo metodología con cruce de lenguajes para la estensa población universitaria acerca del cuerpo a fin de siglo.

Y aquí está hoy quien escribe, insistiendo que todo campo aislado es insuficiente. que la multidisciplina no le ha dado resultado. que la integración es algo más que interdisciplina y para transdisciplinar hace falta: sensación, contacto, imágenes comunes. lenguajes diversos. una ética. y sentido, sobre todo sentido... que es algo así como ponerse el cuerpo. Gracias.

Chiqui GONZÁLEZ
Artista - Abogada
Rosario, Setiembre de 1995.

UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN:
LA EDUCACIÓN ALIMENTARIO - NUTRICIONAL

EL TALLER DE COCINA:
un puente a la ciencia

POR: SILVIA N. LEMA

EL TALLER DE COCINA: UN PUENTE A LA CIENCIA

FUNDAMENTACION

En la realidad nacional que vivimos conviven enfermedades nutricionales síntoma de pobreza como la desnutrición, y otras más propias de sociedades 'primermundistas' como la obesidad, la aterosclerosis y la hipercolesterolemia -incluso infantil-,

Asimismo es altamente preocupante el aumento de personas -en su mayoría adolescentes- que padecen patologías de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia (hoy consideradas patologías adictivas), determinadas -entre otros factores- por el fracaso del sujeto frente a fuertes presiones sociales en torno a modelos de belleza y delgadez que se proponen como ideales y a pautas alimentarias más relacionadas con ciertas modas que con el cuidado de la salud.

Paradójicamente, persiste la ausencia de políticas alimentarias que no se agoten en el dispendio espasmódico de alimentos, sino que -por el contrario- se desarrollen en un marco pedagógico que genere una verdadera reeducación de los hábitos alimentarios de la población para adecuarlos a su contexto y encauzarlos en la prevención y/o recuperación tanto de enfermedades por carencia como de enfermedades por exceso, estimulando conductas de cooperativismo, productividad y máximo aprovechamiento de los recursos disponibles y de toma de mayor conciencia de la relación alimentación/salud, instrumentando a la población para el alcance de una actitud crítica y activa de defensa de su salud.

Al mismo tiempo, coexiste cierta situación de indefensión del consumidor debido a una aún insuficiente política de control bromatológico que concentre funciones de investigación, establecimiento de normas y rigurosa fiscalización de su cumplimiento (normas tales como la rotulación obligatoria de los alimentos con información al consumidor sobre los contenidos del alimento que va a adquirir, reglamentaciones precisas y acordes a los datos arrojados por investigaciones recientes sobre el uso de plaguicidas y aditivos en la producción e industrialización de alimentos, control de calidad para evitar alteraciones, adulteraciones y contaminación de alimentos, etc.).

Todas estas situaciones parecen tener un factor común, un punto de convergencia: la escasa educación y formación sanitaria de la población. Surge entonces la necesidad de cubrir este vacío.

La preparación y el consumo de los alimentos es una actividad que a lo largo de la evolución de la especie humana se ha investido de distintas connotaciones: de lo imprescindible para la supervivencia a lo ritual, de lo hedonista a lo terapéutico, de agasajo a la ostentación de riqueza y poder, la alimentación humana es una instancia tan social como biológica.

De hecho, desde los momentos más tempranos de la vida del individuo, la satisfacción de su necesidad biológica se ve fuertemente sobredeterminada por la presencia de un otro que, a la vez de saciarlo, vehiculiza aspectos del mundo externo y de lo social que el sujeto registrará en la paulatina configuración de su mundo interno. Cabe preguntarse entonces cuántas cuestiones se reactualizarán en el acto cotidiano de alimentarse.

Aún en las sociedades más primitivas la tarea de producir, recolectar y elaborar los alimentos, se desarrolla *con* un profundo sentido educativo, donde los individuos más:

jóvenes comienzan a comprender los códigos y tradiciones de su sistema social a la vez que se preparan para ejercer en él roles activos.

El contacto con los alimentos (sus texturas, colores, formas, aromas) es una de las actividades que mayor interés despierta en el bebé cuando, alrededor de los 6 meses de vida, comienza a abandonar su condición de lactante puro. Se produce en ese momento una conexión masiva del niño con el alimento donde tocarlo, inspeccionarlo, *investigarlo* parece producirle más placer que el acto de ingerirlo.

Estas situaciones, que podríamos llamar *primarias*, se reeditan más tarde toda vez que el niño tiene oportunidad de contactarse con los alimentos, más allá del momento de ingerirlos. Se despierta en él una ansiedad, un interés por ‘ayudar a mamá o papá’ a preparar las comidas de la familia y vuelve a instalarse en él aquella posibilidad de conexión que es posible rescatar desde lo pedagógico para capitalizar una situación lúdica y creativa que, de hecho, genera situaciones de aprendizaje.

El emprendimiento de talleres científicos de cocina permite ofrecer al alumno/a una instancia en la cual puede tomar contacto con sus propias nociones acerca de su cuerpo, de la salud y de los alimentos, para reordenarlas, afianzarlas y enriquecerlas; reflexionar críticamente sobre los diferentes mensajes orientadores del consumo que recibe cotidianamente a través de los medios de comunicación; abordar temas como estructura y modificaciones de la materia mediante la observación de las transformaciones fisico-químicas que sufren los alimentos durante su elaboración, formulando sus propias hipótesis y confrontándolas con la realidad para ratificarlas o rectificarlas; realizar una aproximación a la química mediante el conocimiento de sistemas homogéneos y heterogéneos en el universo de los alimentos y la implementación de técnicas culinarias, analizando sus efectos; reflexionar acerca del sentido de la alimentación en el ser humano, conociendo la mutua influencia entre consumo/producción y su evolución según el devenir histórico de la Humanidad.

Es decir, la inclusión de actividades cuyo eje central son los alimentos, permitiría ‘transversalizar’ contenidos de diferentes áreas curriculares, generando un espacio de reflexión sobre la vida cotidiana que posibilite el abordaje, integración, articulación y síntesis de diferentes saberes, tal como se esquematiza en el cuadro 1 (ver pág. 7).

RECOMENDACIONES DE ACCION

El Taller de Cocina puede realizarse con alumnos/as de escolaridad inicial, primaria y secundaria, y también con adultos.

Puede ser concebido como una actividad extracurricular o incluirse como estrategia docente para el abordaje de temas curriculares específicos. También puede pensarse como una actividad a realizar fuera del ámbito formal educativo, como por ejemplo centro barriales, clubes, etc.

La coordinación del taller requiere la presencia de un nutricionista o de un docente previamente capacitado en el abordaje multidisciplinario de la actividad.

DESARROLLO DEL TALLER

El Taller de Cocina se diseña teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Contenidos (conceptuales, procedimentales y actitudinales) en relación a la edad del alumnado.
2. N° de alumnos que favorezca la riqueza de intercambios y la organización de la tarea.
3. Recursos disponibles (económicos, materiales, humanos, físicos, temporales.).
4. Destino de las preparaciones: si serán consumidas en clase, en el Comedor Escolar o serán llevadas a casa para compartir con la familia.

La mecánica de trabajo incluirá la planificación de los siguientes aspectos:

- * Nivel de información general y específica (en relación a contenidos a desarrollar): en este punto deseo recalcar la importancia de una actitud docente abierta para capitalizar todas aquellas situaciones que naturalmente surgen de la actividad y que - aparentemente- puedan alejarnos de los ejes propuestos para cada encuentro. La tarea docente será entonces la de proponer situaciones y temas, recoger la respuesta y demanda de los niños/as y enlazarlas unas con otras en un proceso dialéctico de interacción cuyo objetivo fundamental sea el protagonismo del niño/a.
- * Actividades generales y específicas: organización en subgrupos, establecimiento consensuado de normas de funcionamiento necesarias (higiene personal y del lugar de trabajo, distribución rotativa de roles y tareas, etc.).
Timing: planificación de los tiempos requeridos para cada tema y tarea.
Inclusión de técnicas grupales (juegos, rondas de debate y evaluación, actividades de investigación - como, por ejemplo, “seguir la pista” a un alimento desde su producción hasta su consumo-, etc.).
Evaluación: a realizar en forma longitudinal a lo largo de toda la experiencia, a través de la observación permanente, actividades evaluativas y lúdicas con los niños/as, visita: periódicas al Comedor Escolar, entrevistas periódicas con los docentes de grado, encuestas eventuales a los padres.

Para pre-adolescentes o adolescentes,. es importante organizar jornadas de reflexión y debate en torno a la alimentación, basadas en dos ejes: uno biológico -de educación alimentarnutricional- y otro psicosocial -de reflexión en torno a criterios de salud enfermedad-.

Dichas jornadas se realizarán con modalidad participativa, donde en función de disparadores temáticos, se habiliten espacios de debate y reflexión en relación a hábito: culturales e individuales que comprometen la salud individual y colectiva, y donde la mirada esté puesta sobre la vida cotidiana, a los fines de que los alumnos/as se interroguen sobre ella y puedan construir su propio modelo preventivo. Se favorecerá la reflexión en

torno a interrogantes tales como: ¿qué es un ‘buen cuerpo? ¿qué cuerpo *tengo*? ¿qué cuerpo deseo tener? ¿qué cuerpo puedo tener? ¿qué cuerpo me *dicen* que *debo* tener? ¿que calidad de vida/salud quiero para mí? ¿cómo puedo concretarla cotidianamente? Tales jornadas tendrán por objetivo general prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, favoreciendo actitudes solidarias y de cooperativismo ante estas situaciones.

OBJETIVOS GENERALES:

- Crear en el niño/a la conciencia de la relación alimentación/salud a través del conocimiento de los contenidos de los alimentos, su correcta manipulación y elaboración, su combinación más adecuada a los fines de potenciar su valor nutritivo y el efecto de su ingesta sobre el funcionamiento corporal, generando de esta manera hábitos alimentarios correctos;
- combatir el prejuicio sexista que determina que ‘la cocina es para mujeres’ o que “sólo la Alta Cocina es para los hombres’, integrando a niños/as y niñas en un espacio que los convoca y les ofrece posibilidades de desarrollar su creatividad e imaginación a ambos por igual;
- brindar al niño/a elementos que enriquezcan su potencial autonomía en la preparación y/o selección de sus comidas;
- combatir estereotipos de consumo alimentario, ayudando al niño/a en la adquisición de un criterio no consumista en la selección y elaboración de alimentos;
- rescatar y revalorizar la cocina artesanal, muchas veces desplazada por alimentos industrializados;
- favorecer la reflexión en torno a los criterios de salud y enfermedad imperantes como construcciones sociales no cerradas, no cristalizadas, que merecen ser revisadas, especialmente en relación a los modelos de ‘belleza y salud’ circulantes en la cultura;
- introducir al niño/a en el terreno de la ciencia mediante la observación de las transformaciones físico-químicas que se operan en los alimentos durante su elaboración (cambios de estado de la materia, subdivisión de partes, modificaciones de temperaturas, fermentación de levaduras, alteraciones moleculares de los alimentos por efecto de la cocción, etc.), la formulación de hipótesis y corroboración o rectificación de las mismas luego de vivenciada la experiencia, la práctica de mediciones aproximadas y exactas, la investigación del origen de los alimentos y sus diferentes usos dentro de la propia cultura y en otros contextos, la reflexión sobre las valoraciones culturales de los alimentos (mitos y creencias) y la búsqueda de su correlato en la realidad, la exploración de nuevos sabores, nuevas combinaciones y nuevas recetas incluyendo preparaciones típicas del folklore alimentario de otros pueblos como una aproximación a la realidad de que no todos los grupos sociales tienen afinidad por los mismos alimentos y sabores;
- promover la ‘investigación acerca de la producción de alimentos de distintas zonas geográficas y de su empleo según el folklore alimentario regional, reflexionando sobre

la incidencia de enfermedades nutricionales en tales regiones, la conducta alimentaria de los pueblos en relación a la disponibilidad de alimentos, la relación productividad-costo, etc.;

promover la investigación de la cultura alimentaria a lo largo de distintos momentos de la Historia de la Humanidad: los alimentos (su producción y su consumo) y la cultura como dos instancias mutuamente influenciadas según el devenir histórico.

ELATO DE UNA EXPERIENCIA

Esta es una de las situaciones que se dieron durante una clase de Taller de Cocina con niños/as de tercer grado, en la cual preparamos dips a partir de queso untable:

Nutricionista: ¿De dónde se obtiene el queso?

Johnatan: De la vaca.

Nutric: ¿Al ordeñarla sale queso?

Todos: ¡ No!

Nutric: ¿Entonces?

Daniel: ¡De la leche!

Nutric: Bien, el queso se hace a partir de la leche, ¿Y qué cosas, qué *nutrientes* le da la leche a nuestro cuerpo?

María: Vitamina A.

Clarisa: Colesterol.

Martín (a Clarisa): No puede ser, sino la gente no diría que la leche es sana.

Nutric: ¿Los demás qué opinan?

Silencio.

Nutric: Es cierto, la leche *tiene* colesterol. El colesterol no es malo. Nuestro cuerpo necesita colesterol. Lo malo es ingerir mucho colesterol. ¿Por qué?

Martín: ¿Porque te espesa la sangre!

Nutric: ¿Qué pasa entonces?

Patricio: Se mueve más despacio.

Nutric: Bien, ¿y entonces qué pasa?

Silencio.

Nutric: ¿Quién hace que la sangre se mueva, circule?

Silencio.

Nutric: ¿Hay algún motor en el cuerpo que empuje a la sangre?

Todos: ¿El corazón!

Nutric.: Y si la sangre está más espesa, ¿cómo hace el corazón para empujarla?

Constanza: Y...hace fuerza.

Nutric: Claro, tiene que hacer más fuerza, y puede pasar que de tanto hacer fuerza se “canse”, se enferme.. .

Todos: ¿Te da un infarto!

Vemos cómo, a partir de la reflexión sobre uno de los materiales del Taller se produce un debate a partir del cual se abre la posibilidad de -por un lado- ayudar al niño/a a

reformular la imagen de un alimento o un principio nutritivo (en este caso, el colesterol), denotando que el principio nutritivo no es ‘malo’ en sí mismo sino que su efecto dependerá de la magnitud de su consumo, y -por el otro- evocar en el niño las nociones que posee sobre su propio cuerpo y sobre los alimentos para reordenarlas,, afianzarlas y enriquecerlas.

Realicé estos talleres en forma sistematizada en una escuela primaria privada durante dos años (1990 y 1991) con grupos de niños/as de segundo a quinto grado. Estos talleres fueron incluidos en el proyecto pedagógico de la escuela, dentro del marco de talleres extracurriculares obligatorios, que entonces quedó constituido del siguiente modo: Títeres, Juegos y proyectos, Cocina, Música, Plástica y Teatro.

Luego de dos años, ante el pedido de los padres de incluir Computación dentro del marco institucional, los tres primeros talleres mencionados fueron desafectados del proyecto.

Durante la realización de los talleres, sumé a la metodología de evaluación ya descripta, el registro de crónicas vencidas, material que me fue muy útil también para la realización de “boletines de difusión” de lo que acontecía en el taller -que circulaban entre docentes y familias-, en los cuales reflejaba debates y conclusiones que los niños/as iban construyendo durante el desarrollo de las actividades.

Un obstáculo a sortear durante el desarrollo de los talleres fue la dificultad para acceder con los niños/as a la cocina del establecimiento, dado que sus dimensiones eran pequeñas y nuestra presencia allí entorpecía el trabajo del personal de mastranza. Esta dificultad fue resuelta mediante la elección de preparaciones que requirieran una mínima presencia en la cocina y que pudieran prepararse utilizando mecheros en el taller.

La inclusión de estos talleres en el proyecto institucional fue de suma importancia dado que eso posibilitó el intercambio fluido con los docentes de grado de información, inquietudes y emergentes surgidos en ambos ámbitos (aula y taller) que posibilitaron la complementariedad de abordajes de temas curriculares y de cuestiones referidas a la dinámica de cada grupo.

Mi inserción como profesional en el proyecto pedagógico también me permitió realizar actividades en el aula con los alumnos de sexto y séptimo grado, en relación a la introducción a la físico-química a través de los alimentos , al abordaje del tema “Alimentación y nutrición” de los contenidos curriculares oficiales y a la investigación sobre la alimentación y la vida cotidiana en nuestro país en la época del Cruce de los Andes.

Luego de esa experiencia, continué realizando actividades similares -ya no en forma sistemática- en otras instituciones.

En suma, el Taller de Cocina, concebido como un taller científico, se abre como un panorama pleno de posibilidades de brindar, a través y a partir de la experiencia directa, múltiples elementos y situaciones de aprendizaje, y de echar mano a la realidad de que el niño/a es un agente multiplicador de cambio, cuya formación integral redundará en una sociedad más preparada para proteger su calidad de vida

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- *Cuadernos de Pedagogía*, Editorial Fontalba, Barcelona, España..

Volúmenes:

- mayo ,1979, pp. 28-30
- jul-ago, 1981, pp 28-30
- febrero, 1983, pp 3-7
- mayo, 1987, pp 26-28
- diciembre, 1987, pp 31-37 / 42-43
- octubre, 1993, pp 15-29
- julio-agosto, 1994, pp 7-8 / 71-77

Mesa Redonda



BULIMIA Y ANOREXIA

MESA REDONDA ABIERTA AL PUBLICO

Buenas noches a todos. Les damos la bienvenida en nombre del Director del Centro Cultural Gral. San Martín, y del Area de Estudio e Investigación en Ciencia, Cultura y Sociedad.

Estamos aquí para participar de esta mesa redonda, que va a dar cuenta del trabajo realizado por un grupo de especialistas e investigadores y profesionales de la salud, que han presentado trabajos para estas Jornadas con anterioridad.

Vamos a tener una mirada desde distintas disciplinas. Va a haber una intervención de aproximadamente siete minutos por parte de cada uno de los panelistas.

El orden va a ser el siguiente: el señor Enrique VALIENTE, licenciado en Sociología e investigador de la UBA, hablará en primer término. Ignacio LEWKOWICZ, historiador, hablará en segundo término. Silvia PINOTTI, antropóloga e investigadora de la UBA, en tercer término. el Dr. Bernardo ROVIRA, médico psiquiatra, psicoanalista, coordinador del Programa Asistencial del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas, por las Instituciones de Atención Pública. La Dra. Stella DIAMANTI, médica psiquiatra, docente del Equipo de Salud Mental de la UBA, perteneciente al Hospital Español, hablará en nombre de la Atención en instituciones privadas, y por último, tendremos a Silvia LEMA, nutricionista y psicóloga social, y Chiqui GONZALEZ, artista, docente, que hablarán de la parte de Prevención, y el Dr. Javier REMIRO, médico psiquiatra, director del CEACEH, que hablará en nombre de las instituciones privadas.

Luego de la intervención de los panelistas, vamos a dejar abierta al público la posibilidad de hacer preguntas.

Los dejo con el Licenciado Enrique Valiente.

ENRIQUE VALIENTE: Les quiero agradecer a las licenciadas Zaffaroni y Altube, organizadoras de este evento, que han contemplado la posibilidad de que desde las Ciencias Sociales haya algo que decir acerca de estos trastornos “contemporáneos”, porque esto es susceptible de discusión, y que quizás nosotros podamos hacer algún aporte desde nuestras disciplinas.

Lo más enriquecedor quizás, ha sido compartir un espacio de discusión con otras formas de abordaje, otros lenguajes diferentes con las dificultades que esto implica, pero que a su vez pone de manifiesto que los diferentes saberes, las diferentes disciplinas, constituyen siempre miradas parciales acerca de la realidad. Todos los datos, todas ‘las **problemáticas**

no son neutrales, no están en la realidad simplemente para que uno vaya y las tome con la mano. Supone una construcción, un marco teórico previo. Los problemas en cierta manera se construyen. La definición del problema de estos trastornos ya ha sido construida, ya está dada. Nosotros llegamos desde las Ciencias Sociales, llegamos por atrás. No obstante eso, hay algunas que pueden ser de interés, de eso se trata. Dado el tiempo diremos solamente algunas cosas desde el marco teórico, desde nuestra mirada. En forma contemporánea, nosotros decimos que el cuerpo ha asumido prácticamente el nivel de significación de la identidad personal. Estas entidades que nos ocupan cobran cierto grado de inteligibilidad si atendemos al singular marco cultural que constituye el escenario de estas afecciones.

Un modelo alimentario y estético que ha permitido en ciertas sociedades reemplazar el miedo al hambre que atraviesa casi toda la historia de la humanidad, por el temor al exceso, a la abundancia. Anorexia y bulimia son patologías de la alimentación que en ser consideradas paradigmáticas, n de una sociedad y una época que propicia, el contradictorio discurso del consumismo ilimitado, y al mismo tiempo, la privación acordes a las exigencias de cierto esquema corporal legítimo desde la primacía absoluta de la delgadez.

Si las artes plásticas fueron en algún momento el referente del imaginario para los cuerpos perfectos, hoy los medios masivos de comunicación han universalizado la prescripción del cuerpo deseable. No resulta ocioso destacar que la publicidad detenta en nuestra época el cuasi monopolio de la imposición de sentido, con lo cual constituye uno de los caminos que indudablemente conducen a la nivelación contemporánea de los gustos y de las aspiraciones estéticas. Uno de los trabajos que hemos presentado en estas Jornadas, tiene que ver con el análisis del cuerpo en la publicidad gráfica y televisiva que hemos hecho en colaboración con la Licenciada Ianina Tuñón. Solamente quiero mencionar algunos datos que podemos dar en base a los meses de Noviembre y Diciembre del año 94, tomando 9 revistas que están dirigidas mayoritariamente al público femenino. Analizamos un total de 1107 apariciones publicitarias, de las cuales 332, o sea 38.3% quedan dentro de nuestro universo de análisis. Son esas el tipo de publicidad que apelan de manera directa en un 9.8% o indirecta, en un 28.3%, a la temática del cuerpo que de un modo u otro está proponiendo determinados modelos estéticos.

También podemos analizar qué partes del cuerpo se subrayan, cuál es la relación del tipo de producto que se publicita. Todos los productos apelan al cuerpo, desde los alimenticios hasta los electrodomésticos, con una lógica publicitaria donde lo que se publicita, no tiene nada que ver con la imagen corporal que se subraya. Lo que nosotros señalamos son las conclusiones: es que el modelo corporal difundido tiende hacia una normalización de los cánones estéticos, o sea, hacia una impersonalización de los criterios de belleza, los cuales adquieren contornos de objetividad.

La publicidad universaliza la prescripción de los cuerpos deseables en base a la construcción de estereotipos de belleza que se corresponden con valores y modelos privilegiados por el mercado, lo cual a su vez, en una condición de aceptabilidad de estos mensajes, que definen cualidades significativas precisas, marcas de legitimidad que

constituyen claros mecanismos de limitación y de pertenencia, quizás más que los innumerables mensajes destinados a hablarles en forma directa al cuerpo, lo que existe es una verdadera polución iconográfica de cuerpos bellos y esbeltos, cuerpos artificiales, productos de la industria de la imagen, cuya distancia con la imagen real que devuelve el espejo, con la experiencia del cuerpo cotidiano, es un abismo que conduce inexorablemente a la conciencia de las propias imperfecciones.

Para ir terminando, la particularidad de afecciones como Anorexia y Bulimia, es que para nosotros traducen la firme permeación de conductas individuales por los mecanismos de regulación social, ciertas pautas de comportamiento impuestas por la cultura del consumismo. Pautas que reflejan el espíritu de una época que pretende presentarse como la civilización del placer, pero que induce a nuevos modos de disciplinamiento. La ética del consumo implica la particular paradoja del estímulo del deseo y el ascetismo del ayuno. Las enfermedades de la dieta son la expresión paradigmática de un tiempo donde todo responde a la lógica del mercado. Son patologías en las que el individuo se autoconsume.

IGNACIO LEWKOWICZ: Yo soy historiador, pero lo mío es historia antigua, espartana, de todos modos me interesaría señalar algunas series de dificultades en el abordaje de estos trastornos de la alimentación, mirados desde una perspectiva histórica.

Uno de los principales obstáculos para el abordaje, es que en general no se tienen en cuenta la historicidad de una serie de fenómenos y se los supone sustanciales o eternos, que es tan histórico el sujeto instituido por una sociedad, como es histórica la patología instituida como forma de sufrimiento determinada por esa sociedad, como es histórico el discurso o la disciplina o el dispositivo, o la institución, como Uds quieran llamarlo, que se hace cargo, y los modos de hacerse cargo de esas patologías. De suponerlas sustanciales tanto a los hombres como a sus patologías, como a los modos de intervención sobre ellas, surge gran parte del malestar actual. Cuando hablo de historicidad, habría que aclarar un poco los términos, porque en general no hay individuo que no sea crédulo fuera de su especialidad, y en historia Uds no son especialistas, en esto son sumamente crédulos. En este sentido, cuando uno entra en diálogo con una disciplina en general se entra en diálogo con el pasado de esa disciplina, y se suele llamar historia a lo que se aprendió en la secundaria, no tanto en los contenidos como en las modalidades de pensamiento. Digo esto porque en las discusiones lo que se suele llamar apelaciones a la historia, es la búsqueda de antecedentes, es decir, la búsqueda de hechos fechados que le den consistencia a una concepción actual o a una idea actual, pero desligado ese hecho de la situación social en la que ese hecho se significaba, y desligado sobre todo del sentido que en esa situación tenía esto. No es sólo una querrela profesional. Digo esto porque para mí, uno de los impedimentos para pensar las dificultades, está en un enunciado aparentemente histórico, que es: “ siempre hubo tal cosa y tal cosa” .

Siempre hubo, por ejemplo, anorexia. . . En esos enunciados “siempre hubo”, se suelen bloquear una posibilidad de pensamiento en esta clave: primero, ¿qué experiencia tiene uno del siempre?

Además, si se atestigua un fenómeno equis en determinada situación, digamos 1812, siglo XIX, ¿qué garantía tengo de que ese fenómeno por un lado, haya permanecido desde entonces hasta ahora? Y, ¿qué garantía tengo de que en esa permanencia se conservó la misma significación, el mismo sentido social, pero además, qué gano hoy con saber que siempre hubo, qué valor estratégico tiene saber que siempre hubo, qué saber estoy asegurando con ese siempre hubo? Porque también dice Borges: “siglos de siglos, y las cosas siguen ocurriendo en el presente”.

Es aquí, ahora, hoy, en esto donde se trata de intervenir. Yo ayer planteaba que así como a la institución moderna del sujeto de la conciencia se le perdió o produjo el sujeto del inconciente, que afloró en las histéricas, y lo tomó el psicoanálisis, así hoy a la institución posmoderna del sujeto de la imagen, lo que se le está escapando es el cuerpo, lo que la superficie de emergencia tiene es este cuerpo de las bulímicas y anoréxicas. Y no aparece claro cuál es el discurso, el dispositivo o la práctica destinada a hacerse cargo de ellas, y esto por dos razones. Por un lado, ayer por una presentación de Alicia Donghi, la clínica se orientaba hacia las pulsiones, eso me parece un hecho interesante,

Pero otro hecho que hace que no se sepa qué discurso o qué práctica puede hacerse cargo de esta forma del malestar, es que en toda sociedad existen instancias de derivación social del sufrimiento, es decir, hablando mal y pronto, existe Luisa Delfino que diagnostica socialmente.

Y ahí aparecía ayer un problema bien claro, que es el del mal diagnóstico, o lo que es lo mismo, la diferencia entre el diagnóstico clínico preciso y lo que está establecido socialmente como patología. Toda flaca que no coma es anoréxica, y por más que desde el punto de vista de las estructuras clínicas responda a otro tipo de lógica o a otro tipo de estructura, socialmente queda por esa designación, destinación, por esa derivación, por esa institución de la anorexia, como recolección imaginaria de los síntomas, aplastada y encerrada en ese diagnóstico. Quién se hará cargo de estos síntomas, depende de cómo se intervenga. Depende de cómo funcione en la sociedad la lógica de derivación. Como uno de los temas principales aquí era la prevención, yo quería llamar la atención sobre el desfasaje entre el principio médico o psicoanalítico de diagnóstico clínico preciso, y la institución imaginaria, la significación social instituida de la anorexia. Ahí hay un campo de intervención sumamente interesante, un campo de intervención para la prevención,

Es decir, en el campo de prevención intervendría este problema: ¿cómo se hace para que no todo síntoma de comer de menos o comer de más, sea atornillado a la significación bulimia y anorexia? ¿Cómo se hace para que los pacientes no sean atornillados como pacientes?

Para esto son necesarias unas estrategias que yo ignoro totalmente, porque lo mío es Esparta, digo, hacen falta unas estrategias capaces de intervenir en ese circuito de

derivación, en ese circuito de diagnóstico precoz, y más que precoz, prematuro, y más que prematuro, oracular: Nada más.

Lic. SILVIA PINOTTI.: Yo les voy a hablar desde la antropología, desde un abordaje que intenta articular aspectos biológicos y culturales. Pertenezco a un equipo que trabaja con población de alto riesgo, sometidos a una intensa presión ambiental por ambientes deficitarios. Abordamos marginalmente el tema de la bulimia y anorexia en nuestra práctica de campo, con alumnos de la Universidad de Buenos Aires, al encontrarnos en una escuela de Caballito con alumnos provenientes de un buen nivel económico, con desnutrición voluntaria. También en el CBC nos encontramos con alumnos que padecen estos trastornos. El abordaje intenta ver cómo a través de la construcción social del cuerpo, se nos impone como un modelo estético que llamamos hegemónico, por el lugar de poder donde se genera.

€

Es así como abandonamos el abordaje sincrónico, e intentamos un análisis diacrónico que tiene en cuenta la importancia que ha tenido el tejido adiposo en la evolución humana.

Quiero aclarar que mi especialidad es la antropología biológica, y por lo tanto ese ha sido el abordaje.

Descubrimos que en dos millones de años que tiene de historia sobre la tierra nuestro género, y cerca de trescientos mil la especie Homo Salines Salines Salines, sólo los últimos diez mil años la humanidad ha podido generar recursos y almacenar alimento fuera de su cuerpo. La grasa tiene un enorme valor adaptativo en cuanto es el depósito de energía para el organismo. Los bebés, en el ambiente intrauterino, la acumulan, y a ella acuden para generar el crecimiento. Las abuelas lo sabían muy bien. Los chiquitos, engordaban y luego pegaban el estirón puberal.

Es allí, en la adolescencia, cuando se produce lo que nosotros llamamos dimorfismo sexual, y las niñas acumulan grasa en sus glúteos, senos, caderas; y los varones, músculo. Esto tiene que ver con esta larga historia evolutiva donde los varones necesitaban los músculos para pelear por las hembras, y las hembras necesitaban acumular grasa porque las grasas se convierten en estrógeno, la hormona femenina que va a producir la ovulación. Además, la capa de grasa era la única manera de poder producir embarazos que llegasen a término.

En un ambiente altamente competitivo como es el de la sabana, donde se desarrolló la primera etapa histórica de nuestra humanidad, la competencia por los recursos debió ser muy intensa y es allí donde se fueron seleccionando los individuos capaces de soportar hambrunas periódicas, pestes, y fluctuaciones del medio. Por lo tanto, la grasa almacenada en los cuerpos en la época en que los recursos eran más abundantes, era la única manera de sobrevivir a esos períodos de hambruna.

Todos los especialistas en crecimiento y desarrollo conocen muy bien que nuestros cuerpos están más capacitados para soportar hambrunas no demasiado prolongadas, que una ingesta desmedida de alimentos.

Porque durante casi dos millones de años, fueron seleccionados ese tipo de organismos. Esta selección que se produce a nivel fenotípico, es lo que uno ve, desde el punto de vista genético eliminó, a la par que los individuos, los genes que no permitieran este almacenaje en los cuerpos. Ya no se puede volver atrás.

Este modelo al que se aspira, que nos bombardea a través de los medios publicitarios, al cual debemos llegar, debemos ser “tal como?”, ataca algo que está profundamente arraigado en nuestros genes. Corre a contrapelo. Nos llama poderosamente la atención que a quien ataca es a la mujer. Ataca justamente la especificidad biológica femenina, que es la reproducción.

Anorexia y Bulimia

Dr. BERNARDO ROVIRA: Mi nombre es Bernardo Rovira. Yo soy Coordinador del Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Salud Mental de los hospitales

Más allá de eso, estoy acá para contarles que entre todos los hospitales hemos comenzado a construir una red de servicios que se dedican a la asistencia de esta patología, porque las circunstancias nos han obligado.

Las patologías de la conducta alimentaria son varias, pero hay dos que han tomado estado público y han ganado un espacio publicitario inaudito, muchas de ellas disfrazadas de prevención y convirtiéndose en promoción de la enfermedad.

De estas dos, la anorexia ha crecido moderadamente en los últimos cuarenta años. Digamos que creció en la medida en que los médicos la diagnosticamos mejor, la sacamos de la esquizofrenia, separamos atrofas hipofisarias, delimitamos mejor las histerias, y por otro lado, el público en general, ha acudido a la consulta en forma más temprana.

La otra enfermedad, la bulimia, ha crecido de una manera geométrica en los últimos cuarenta años- Se ha multiplicado a punto tal que, en las estadísticas que tenemos en los hospitales de Buenos Aires,-consultan seis bulímicas por una acolrécica.

Son patologías que efectivamente aparecen más en el sexo femenino que en el masculino

La anorexia tiene una proporción de 9 a 1, y la bulimia de 8 a 1. Aunque hemos visto el crecimiento de alguna de ellas en los varones, sobre todo el de la bulimia. La sintomatología bulímica ha aparecido en pacientes varones, habitualmente por contagio o por formar pareja con una chica que padece de bulimia.

El crecimiento de estas enfermedades nos ha obligado a responder a la demanda en los hospitales, conformando equipos interdisciplinarios.

Creemos que la mejor manera de abordarlas es a través de un equipo que incluya: un nutricionista, un clínico, un ginecólogo, un psicólogo y un psiquiatra, como mínimo.

La primera dificultad que encontramos fue la imposibilidad de interpretar las estadísticas, dado que veíamos que tres de cada cuatro enfermos que llegaban al hospital con diagnóstico de bulimia o anorexia, no lo eran, porque se tomaban, como dijo el Lic. Lewkowicz, a una mujer joven que dejaba de comer como anoréxica, o a una chica con un síntoma bulímico, como bulímica. Se la etiquetaba. La paciente, además, que está pasando por una etapa adolescente, donde la identidad es bastante precaria, a veces conseguía una identidad. Y en vez de decirnos “padezco de bulimia”, decía: “soy bulímica”, como si fuera un núcleo de pertenencia. Esto nos llevó a que ajustemos los criterios diagnósticos para evaluar las estadísticas tan raras que veíamos aparecer por doquier.

Intentamos el camino inverso: tomamos un grupo de mujeres adultas, sanas, que consultaban al hospital por cualquier otra patología que no fuera psiquiátrica, e hicimos un cuestionario sobre la posibilidad de que ellas hubieran presentado síntomas bulímicos o anoréxicos en su adolescencia. Y con gran sorpresa, descubrimos que el 45% de las mujeres adultas sanas, en su adolescencia habían tenido síntomas bulímicos o anoréxicos. Como entonces nadie los diagnosticaba, cedieron espontáneamente.

La pregunta fue: ¿Qué ‘hubiera pasado con estas mujeres si en aquel momento las hubiéramos tratado? ¿Hubiéramos conseguido que muchas de ellas fueran enfermas?

Esto nos alertó muchísimo más sobre la necesidad de un diagnóstico absolutamente preciso en cuanto a la enfermedad y a la patología de base.

Los tratamientos a los que apelamos, son en su mayoría, ambulatorios. Se requieren algunas internaciones cuando las descompensaciones clínicas así lo indican. Pero tenemos un porcentaje de internación que no llega al 2%. Y esas internaciones tampoco superan los quince días.

El tratamiento, a partir de un equipo interdisciplinario, busca por un lado, corregir los parámetros clínicos desajustados en cualquier trastorno alimentario.

Todos nos vemos tentados a tratar de encerrarla en un esquema teórico. Vemos que, con docilidad, ‘aceptan ser encerradas en un esquema teórico. Pero a poco de mirar, vemos también que hemos dejado una gran parte de esa patología, por fuera del esquema que nos hemos planteado.

Son patologías dóciles en ese sentido, pero remisas a dejarse atrapar por ningún esquema.

No hay en nuestra concepción una tendencia que lleve al reduccionismo. Combatimos el reduccionismo. Esta no es una patología social. Tampoco es una patología somática. Menos es una patología psíquica. Es el resultado de una interacción de factores biológicos, sociales y psíquicos que dan como final la aparición de la enfermedad.

Una última aclaración: los hospitales que conformamos esta red, o que estamos intentando, con enorme sacrificio, porque esto lo hacemos en base a sudor y esfuerzo, nos reunimos en el Durand, una vez al mes. Participan: el hospital Alvarez, el Pifieiro, el Pirovano, el Rivadavia, el Durand y el Clínicas. Creo que son ocho hospitales los que compartimos esta inquietud, intercambiamos pacientes, hacemos cursos y demás, Todos creemos que son dos enfermedades distintas.

No son la cara diferente de una misma moneda. Son dos enfermedades netamente diferenciables.

De estas dos, una de ellas, la anorexia, podríamos decir que es la búsqueda del integrarse a partir del desintegrarse. La bulimia es un intento de integrarse a un medio social, tratando de asimilarse a él.

Yo escucho el tema de la figura de la delgadez que nos ofrecen los medios publicitarios. Sé que las medidas de las diferentes Misses, desde el año 50 al 95, han perdido centímetros.

También sé que el cuerpo de la Barbie es un modelo. Pero también sé que ninguna anoréxica se quiere parecer a ninguno de ellos, puesto que la anoréxica no quiere ser el deseo de nadie. Odia el cuerpo que ofrece la televisión. Padece cuando alguien le hace un pipopo, porque eso significa que es atractiva.

No pasa lo mismo con la bulímica, que en un enorme esfuerzo por evitar ser excluída, intenta parecerse a los modelos que el medio social le impone.

Esta patología es la que ha crecido en la misma manera en que han crecido los televisores en los hogares.

Nada más.

Dra. STELLA DIAMANTI: Soy la Dra Diamanti, del Hospital Español. Nosotros acudimos a esta propuesta del Centro Cultural Gral. San Martín, con un trabajo cuyo título es “El retorno a la identidad. Una propuesta de abordaje terapéutico no alienante en trastornos de la alimentación.”

Debo decirles que en nuestro hospital, si bien no tenemos un equipo específico que trabaje con el nombre de Trastornos de la Alimentación, hemos conformado desde el equipo de medicina psicosomática, un grupo de trabajo en el que participamos médicos, psiquiatras,

psicólogos, nutricionistas, ginecólogos, obstetras, para el tratamiento de pacientes que presentan bulimia y anorexia.

Tal cual comentaba el Dr. Rovira, las instituciones privadas no escapan a la inmensa demanda de tratamiento.

La diferencia es que los hospitales públicos tal vez tengan un número más elevado de p a c i e n t e s .

Cuando se nos ocurrió formar este equipo de trabajo, surgió por varias razones. Por un lado, por el deseo de algunos integrantes de los equipos médicos y psicológicos del hospital, de ocuparse de esta patología. Y por otro lado, por la creciente demanda y la urgencia de estas pacientes. A mí me gustaría recalcar que para nosotros son pacientes de alto riesgo.

Suelen no ser diagnosticadas en principio, siguen con una hiperactividad, andan bien en sus estudios, se destacan en distintas áreas, hacen deporte, gimnasia y van perdiendo peso hasta que, en un momento, presentan cuadros de verdadera urgencia.

A partir de esto, de la urgencia, es que formamos este equipo de trabajo, y la respuesta terapéutica tratamos de hacerla abarcando el más amplio espectro.

Quiero decir con esto que la paciente sea vista por los diferentes especialistas y que dentro del tratamiento, puedan acercarse las personas que están interesadas por las pacientes, las que pertenecen a su pequeño núcleo de amistades, pareja, si es que la tienen, y que tenga la oportunidad el núcleo familiar de incorporarse de manera no traumática.

A los pacientes los tratamos en forma ambulatoria. Llegamos a la internación en casos en que la paciente está en situación de riesgo, y siempre incluimos a la familia en el tratamiento.

Las familias operan en la terapia como si se estuvieran tratando, porque tienen patrones que no pueden cambiar, pero siempre tienen la oportunidad de hacerlo.

Nuestra experiencia ha sido que desde el Departamento de Nutrición del Hospital, que está en lo que llamamos Medicina de Alto Riesgo, ha tenido una muy buena acogida y fundamentalmente usamos este trabajo que hacemos con los alumnos de la Unidad Docente Hospitalaria que está en el Hospital Español.

JAVIER REMIRO: Yo soy Javier Remiro. Soy médico psiquiatra, trabajo en el Hospital Borda, y soy Director de un centro privado, el CEACEH.

Nosotros en el Centro, conformamos un equipo donde hay un nutricionista, una endocrinóloga, tres psicólogas, dos psiquiatras. Somos mayoría de la parte psicológica. Hay dos clínicos que participan cuando la paciente no tiene cobertura médica asociada.

Nuestra experiencia tiene ventajas y desventajas. Por el número de profesionales que somos, por un lado los psicólogos y psiquiatras tenemos a veces diferentes líneas teóricas, algunos son psicoanalistas, otros son sistémicos, otros neurolingüistas. Hay diferentes criterios. Para atender a un paciente, nos vemos expuestos a veces a luchas internas. O sea, viene una paciente, la atendemos, empezamos a estudiar como si fuera un tablero, el síntoma que tiene, etc.

Si es un caso de anorexia, vemos si tiene familia continente, cuál es el tipo de personalidad de base que tiene, qué situación o grado de aislamiento, cuáles son los elementos anteriores en los que se siente fuerte y satisfecho de sí mismo, cuáles son los puntos en los que está caído, deprimido.

Lo común es que lo vemos varios profesionales. Después, cuando nos ponemos de acuerdo en el tratamiento, es común tener que empezar a puertas cerradas, a discutir que línea, qué estrategia, qué conviene hacer según el cuadro de situación del paciente,

No es lo mismo una señora con muy bajo peso, con veinte años de evolución, 50 años, sin familia, sin vínculos, a quien la trae un familiar lejano, para internarla o buscando un lugar para depósito, que una chica que tiene poco tiempo de enfermedad, no está en riesgo de vida ni bajo peso, ha comenzado hace unos meses y tiene una familia continente.

Hay que discriminar entonces, con los elementos que tenemos, qué se puede hacer en cada caso.

Lo que se compagina como estrategia en tratamiento tiene que ver por un lado con los riesgos.

En general tratamos que no pierdan la socialización, la enfermedad, en general, aísla bastante. Buscamos entonces no convertir a los amigos, a todo el mundo en enfermeros, y que no pierdan los vínculos de esta manera.

Si hay un riesgo de peso, de actuación, digamos, de hacerse daño, hay que evaluar: primero, si se puede tratar ambulatoriamente o debe pasar primero por un breve período de internación, que en general son mínimos.

Además se evitan, porque en la evolución de estas enfermedades, como bien decía el Dr. Rovira, se observa que en muchos casos, parte quizás de los tratamientos, parte quizás de la fijación que hacemos como profesionales, fija el cuadro y lo hace crónico.

En el caso de la anorexia, hay autores que hablan de un riesgo de vida de 2-3%, hay otros que hablan de 12%, que tiene una evolución de tipo psicótica, y otros hablan de un 20%

que termina con mala calidad de vida y una cronificación de la enfermedad, y otro 20% restante que es dudoso y quedó subclínico, porque ha aparecido en algún momento de su vida. Es decir que un-40% andaría bien, y el ' 60% dudoso. Creo que en eso tenemos un poco la culpa los profesionales. Como decía Rovira: si quizás no hubieran pasado por nuestras manos.. .

Antes teníamos mucho temor a la muerte por anorexia, y los tratamientos eran muy cruentos. Aislábamos mucho a los pacientes, la enfermedad aísla más, y en general eso hace que enfermedades que se dan en una edad en que tienen que ser ellos mismos, independizarse, incluirse, si los aislamos a los 15, a los 18 les costará mucho más salir.

La idea es hacer un cuadro de situación al principio, ir actualizando el tratamiento, no bien aparezcan cambios, sean buenos o malos. La cosa es ir según vaya evolucionando esa paciente.

En el trabajo que presentamos ayer hablábamos de eso., de una paciente bastante complicada, que vino con otra sintomatología social. Es común de ver en la bulimia que aparezcan cuadros de bulimia con adicción. Esta paciente tenía este tipo de problema. Nos hizo variar muchas veces de estrategia. Se empezó con un tratamiento ambulatorio. Mejor dicho, tuvimos que esperar a que se dieran las condiciones para empezar un tratamiento. Mientras no hubiera indicadores de urgencia inminentes, la dejamos a ver si hacía un vínculo primero. Después pudo traer a la madre. Fue haciendo algunos cambios. Bajó un poco la probabilidad de riesgo.

Se empezó el tratamiento de tipo ambulatorio; en un momento la tuvimos que internar por breve tiempo. Ella generó al principio situaciones en las que tenía que intervenir el equipo de emergencias psiquiátricas domiciliarias. Después no.

Lo que quiero redondear con todo esto, es que es fundamental que por más que tenga un diagnóstico en base a un síntoma, que los tiene igual a los síntomas de otra paciente, tiene una situación familiar distinta, tiene una personalidad de base distinta, tiene una situación global que no en todos los casos es igual. Hay que evaluarla porque nos podemos perder elementos para ayudarla.

Creo que en patologías que se dan mayoritariamente en la adolescencia, con más razón tenemos que extremar todos los recursos para sacarla rápido, si podemos,, porque la chica está creciendo, y cuanto más la enclavamos en ese crecimiento más la detenemos, más problemas va a tener en el futuro.

Creo que hay que hacer un buen estudio de los elementos con que contamos, de qué tipo de terapias conviene utilizar, en qué momento. Lo importante es acortar los tiempos, que es lo vital en estos casos. Nada más.

SILVIA LEMA, nutricionista: Con CHIQUI GONZÁLEZ queremos proponerles tocar el tema de la prevención. En primer lugar, tendríamos que aclarar de qué hablamos cuando hablamos de “prevención”.

Quienes hemos participado de estas Jornadas, hemos consensuado que si hablamos de prevención, debemos hablar de salud, porque consideramos que hablar de la patología - lejos de prevenirla- parecería hasta convocarla. Y hoy por hoy, de patología se habla mucho. En cambio, de lo que poco se habla es de salud.

Y parece una paradoja, pero es que aquello que los sanitaristas llaman “atención primaria” -es decir, prevención y promoción de la salud- no siempre resulta ser lo primero que se prioriza.

Y la salud -algo que uno podría pensar tan natural y cotidiano- necesita ser conocida para poder ser defendida o preservada.

Para ello, una estrategia eficaz es la educación. Pero la educación entendida no como una instancia de trasvasamiento de información de un alguien que sabe a un otro que no sabe, sino como un proceso activo de construcción del conocimiento, de apropiación de lo que se tiene y reconocimiento de lo que falta para salir en su búsqueda, de intercambio y complementariedad de saberes y fundamentalmente de construcción de un pensamiento crítico en relación a la vida cotidiana.

En la prevención de patologías de la conducta alimentaria, la Educación Alimentario-Nutricional, tal como la entendemos los nutricionistas, (es decir, educación de los hábitos alimentarios en función del conocimiento de la relación alimentación/salud, los principios nutritivos contenidos en los alimentos y su acción sobre el organismo), aparece como una herramienta eficaz. pero no se basta a sí misma (como ninguna disciplina se basta a sí misma para dar cuenta por sí sola de un fenómeno tan complejo como lo es el acontecer humano).

Creemos que sería sumamente fértil la conformación de equipos interdisciplinarios de prevención (integrados por médicos, nutricionistas, psicólogos, psicólogos sociales, sociólogos, antropólogos, historiadores, artistas, educadores, comunicólogos). No para que cada uno tenga su espacio de soliloquio -los 5’ de celebridad de los que habla Warhol- sino para posibilitar la construcción de dispositivos de abordaje múltiples, integrados e integradores.

En este sentido, en el trabajo con niños y jóvenes creemos que -además de abordar información- lo necesario es habilitar espacios de reflexión sobre su vida cotidiana, sus vínculos interpersonales, sobre los mensajes orientadores del consumo que reciben cotidianamente. Sobre los criterios de salud y enfermedad imperantes socialmente - en especial los relacionados a ciertos modelos de belleza y delgadez que se proponen como ideales.

Es decir, instrumentarlos en la posibilidad de defender activamente su calidad de vida.

CHIQUI GONZALEZ: a: El cuerpo a fin de siglo. En una época de imágenes, señales luminosas, de 10 horas de televisión diarias, el cuerpo no solo suele ser un ideal “a la carta”, delgado y perfecto (en el concepto de perfección. que deberíamos analizar) sino un mapa plano, una imagen que se disuelve sin volumen ni profundidad, que no huele, que no envejece. En realidad las carnes nos sangran, en la vidriera las frutas no huelen de la cámara frigorífica al supermercado, los desodorantes de todo tipo han igualado cuerpo, hasta a la hora del amor. Todo olor del cuerpo es sospechoso. La plenitud, así como la liviandad (en el sentido de frívolo, banal, sin sentido, ligero de rápido, de poco solemne, de trivial) son dos metáforas del cuerpo de esta época. “Todo lo sólido se diluye en el aire”. Todo lo plano se impone, y el pobrecito cuerpo, con su volumen, con su peso insoportable que lo hace humano, que lo hace tridimensional para con los otros hombres, para con el espacio, la naturaleza, los objetos, no sabe qué hacer con su valija de carne, con un peso que solo encuentra sentido en la existencia, en la vida misma.

Es un tiempo de cuerpos aislados, abroquelados en sus propias sensaciones, anclados en sí mismos, temerosos del “mal del amor”, temerosos del contacto, circundado ruido y el vertiginoso tiempo de las ciudades, que todo lo adelanta y todo lo olvida. ‘ .

Un cuerpo sin rituales o casi sin ellos, donde se des-sacraliza desde el poder toda la jerarquía de lo humano, se des-dramatiza la muerte, en un decorado integramente irreal e llora la muerte y en el planteo televisivo, sin respeto, en las cajas de escenografía pretender hacerse chica la dignidad humana, el amor y las pasiones.

La comida es vista como el mal irremediable, nunca como ahora es metáfora de los cuerpos que no pueden ser, que no se reconocen ni se implican. El cuerpo-escena, el cuerpo en el espejo ha dejado su lugar a un cuerpo que no se reconoce con la propia imagen, con los sentidos y con las percepciones.

Un cuerpo a quién le “lavan su historia”, su memoria, un cuerpo “de huelga” pero sin reivindicación ni lucha. Muchos, muchísimos cuerpos excluidos de la comida, de trabajo, de la estructura social. Nuevos pobres y violencia extrema. Una juventud en peligro en las calles y en las confiterías. Un por-venir incierto. Un devenir que no se mida. Que deja huellas y no se registran, como escribir en el agua, o en la arena. La retroversión del mundo público y el privado, la vida como espectáculo, los no-lugai-es, la crisis de la representatividad en política y el abandono por muchos de las redes de asistencia social, de la “cosa pública” de los griegos.

Es también la época de construcción de redes de la sociedad civil, la época de jóvenes con ideales, la época de la ruptura del paradigma . ..Es la época de apelar a lo humano sin escisiones de cuerpo y mente. La problemática de los lenguajes atravesando al niño en su más tierna infancia. Allí el cuerpo y el juego, o mejor dicho el cuerpo en juego, era campo de cruce de lenguajes y-la palabra se aprendía con el cuerpo y el espacio, y los objetos

eran investigados‘ por ese pequeñito, con sus sensaciones y asombros. Construyendo sistemas de simbolización y de representación, ese niño aprendió con su cuerpo qué era eso de las imágenes.

b _____.) El arte, definido hoy como “bloque de sensaciones” que se sostiene a sí mismo a través de lenguajes. Campo de construcción de ideas pero solo desde la puerta de los afectos, de la sensación y de la percepción. El arte es cuerpo no escindido, es lenguaje vivo, es cultura, amasado de vivencias, es forma libre trazada con emociones.

c) la prevención. Preguntarse de qué hablamos cuando hablamos de prevención, sería motivo de todo un encuentro o muchos. Pasamos de llamar prevención a la información y tal vez en parte lo sea, a la reflexión y por que no tiene mucho que ver, al trabajo sobre el cuerpo expresivo y seguro que tiene que ver, al trabajo del cuerpo integrado a las metáforas, a las imágenes y claro que sí, que se trata de todo eso, pero también de abordajes múltiples, de cruces, como en el camino, de re-integrar un cuerpo pleno, de darle sentido, de reconocerse en otros cuerpos, de grupos jugándose, de ponerse en juego y mucho, mucho más.

d) La Prevención desde el campo del arte. Es una propuesta que va en busca de muchas propuestas, busca un lugar en equipos, busca aprender, tiene para dar una experiencia intensa en el campo de los lenguajes que transmiten sensaciones, percepciones, afectos, tiene una valorable experiencia en la construcción de sentido, porque de eso se trata la obra artística.

Y sobre todo, investiga un cuerpo integrado, expresivo, corriéndose del estereotipo, de la copia permanente de la alienación de lo reiterado, de lo idéntico, siente y busca la diferencia, respeta el cuerpo propio y ajeno con solemnidad. Inventa, crea, se transforma, estudia sus transformaciones, disfruta de cambios, recupera sensaciones, sabe dosificar energías. Le gusta encontrar palabras y sonidos en el propio cuerpo, y sabe que un cuerpo sin imagen, no es cuerpo, y que ambos suelen ser cosas muy distintas.

Para finalizar, estoy convencida que los nuevos objetos de estudio como este tipo de problemáticas, son inabordables desde una sola disciplina, el esfuerzo es enorme, pero están en juego las nuevas generaciones, está en juego la transformación, y el porvenir.

Vale la pena juntarse, sin olvidar que el cuerpo ha sido uno de los aspectos más desvalorizados por distintas disciplinas de Occidente. El nuevo siglo está a la vuelta de la esquina. Es cuestión de imaginar y trabajar con insistencia. Gracias.

PREGUNTAS DEL PÚBLICO A LA MESA REDONDA.

Pregunta:_(no se escucha) _ _

ROVIRA: hay una dificultad en la integración de todos los roles y de todo su mundo pulsional que lleva a que busquen una salida enferma.

Entonces eso que todos consideramos enfermedad, lo vemos como la solución que alguien encontró para superar ese atolladero.

De ahí, el concepto de enfermedad cambia. La enfermedad pasa a ser aquello que llevó a alguien a buscar esta salida. Esto, el paciente lo comprende.

Pregunta: _ los criterios de todas las enfermedades mentales?

ROVIRA: Nosotros utilizamos de manera universal. En psiquiatría ha pasado que cada escuela' utilizaba las mismas palabras con diferente sentido. Se hacían diagnósticos diversos, o aparecían enfermedades rarísimas.

Hasta que hace unos veintipico de años, se decidió hacer una especie de guía para que todo el mundo cuando se menciona una enfermedad, sepamos que nos estamos refiriendo a lo mismo.

Esa guía se llama en nuestro medio DSM IV. La última edición es de Mayo de 1994, donde figuran las definiciones de los criterios de todas las enfermedades mentales que se usan en el mundo entero. Está hecha en EE.UU.

Hay otra guía, hecha en Europa, que es muy similar a la anterior y que depende de la OMS.

Con estas dos guías nos manejamos. En caso de la bulimia mental, que es lo que Ud. me pregunta, 107.50 creo que es en el DSMIV, se utiliza creo que cuatro criterios diagnósticos:

1, Uno es atracones, producto de una compulsión que lleva a alguien a ingerir una cantidad desmesurada de alimento en tiempo relativamente limitado (menos de dos horas). Para que tengan una idea de un atracón, se puede comer todo lo que una persona normal come en dos días. No es la comida que hacían los romanos, cuando saboreaban 27 platos y tenían un lugar para ir a vomitar y poder Seguir saboreando. Esto es un comer cualquier cosa, en cualquier momento, habitualmente a solas, llevados por un impulso irrefrenable que lleva a que se metan alimentos en la boca y sean tragados sin masticar, empujados con los dedos, a una velocidad increíble. Por ejemplo, dos docenas de medialunas, dos Mantecol de 200 gramos, 1 kg. de helado de Freddo, y un pan lactal con un pan de manteca, comido esto en 40 minutos. No sé si la palabra es comido, deglutido. En un acto donde el sufrimiento es inenarrable. No es un chiste, es un sufrimiento difícil de transmitir, y mucho más difícil de soportar.

2, Esto lleva al segundo, que es el intenso miedo a engordar que produce esa ingesta descontrolada, por lo cual la paciente se siente obligada a recurrir a alguna conducta compensatoria.

Se llaman conductas compensatorias anormales a todas aquellas conductas a las que recurre el ser humano para evitar que esa ingesta le produzca la temida gordura.

Dentro de esas conductas están los vómitos, los diuréticos, los laxantes, las hormonas tiroideas, el ejercicio físico desmesurado, etc.

3, El tercer criterio? que usamos nosotros, es una conducta dietante.

La bulímica es una paciente que se pasa la mayor parte del tiempo que puede, sin comer, lo cual, sin quererlo, es preparar su próximo atracón, inevitable.

4, El cuarto criterio una autovaloración muy ligada o anormalmente ligada a la figura corporal. Esa figura corporal tiene una valoración que está relacionada estrechamente con un sentimiento que a los seres humanos nos resulta muy difícil de soportar, que es el sentimiento de exclusión.

La paciente que sufre de bulimia tiene la sensación de que si no tiene un cuerpo atractivo va a ser excluida. Excluida de los medios, de las amistades, y la sensación de vacío que eso le despierta le resulta insoportable.

Todo esto que les cuento, deja fuera la posibilidad de disfrutar absolutamente de todo.

Estos episodios de atracones y conductas compensatorias, deben tener una frecuencia de dos veces por semana, por lo menos tres meses. Los acontecimientos aislados, que sufren muchas veces, son conductas bulímicas pero no enfermedades bulímicas.

Uds habrán escuchado a Moria Casán contar que ella vomitaba alegremente cuando era joven, y como no sabía que era una enfermedad, alegremente siguió todo. De esas declaraciones tenemos muchas coleccionadas, de las encuestas que hemos hecho a Mujeres entre 40 y 50 años, y entre 50 y 60 años, respecto a esta sintomatología, cuando ellas fueron adolescentes, tema al que me refería hace un rato, y les dije que cedieron espontáneamente.

Pregunta: De no darse todas las conductas, ¿son trastornos alimentarios pero no bulimia?

ROVIRA: No es una bulimia, claro. Hay una categoría medio cajón de sastre que se llama: “Trastorno de la conducta alimentaria no especificado”, donde está especificado ese ejemplo que Ud. trajo, es decir, el atracón no seguido de la conducta compensatoria. Hay un cuadro nuevo, que se llama BED, que es la presencia de atracones sin la conducta compensatoria, generalmente nocturnos, y que son más frecuentes en varones.

Pregunta: ¿Qué pasa con la terapia en esos casos, con el tratamiento?

ROVIRA: Nosotros, al igual que el Dr. Remiro, tratamos de hacer tratamientos muy personalizados, estudiamos prolijamente al paciente desde el punto de vista clínico, y desde el punto de vista psicológico. Una vez que nos juntamos con todos esos elementos, planificamos el tratamiento.

Todos incluyen controles nutricionales y psicoterapias individuales, pero no todos los tratamientos son iguales.

Tenemos terapias grupales también, donde tratamos de mantener grupos homogéneos, es decir, grupos de bulímicas por un lado y de anoréxicos por otro, porque la anoréxica es el sueño de la bulímica, y la bulimia es la pesadilla de la anoréxica. Esa mezcla nos ha dado un resultado malísimo, así que nos vimos obligados a hacer grupos separados.

Somos muy cuidadosos en tratar al paciente con un esquema ajustado a cada proceso individual. La bulimia en sí, nosotros consideramos que es un síndrome. La palabra **síndrome**, viene del griego y quiere decir: sin=con, y dromos=junto, es decir, una cantidad de síntomas que corren juntos, pero que se dan en distintos tipos de personalidad.

Básicamente, en nuestro manejo interno, los dividimos en tres grupos:

Aquellos que comienzan con un período anoréxico y que les llamamos bulimias de comienzo anoréxico.

Aquellos que comenzaron con una bulimia y siguen siempre siendo bulímicos.

Y aquellos que se contaminan con drogadicción y promiscuidad sexual.

Son tres tipos de personalidad distintas, que requieren un enfoque con ligeras variantes. No se puede uniformar, porque nuestro objetivo es encontrar el camino para modificar el trastorno de personalidad de base.

Si conseguimos que una paciente deje de vomitar y no modificamos las ansiedades subyacentes, el síntoma va a aparecer con mayor crueldad en poco tiempo, inevitablemente, hagamos lo que hagamos, le pongamos candados, cuerda al cuello o policía que la siga permanentemente. Tratamos de ocuparnos, sí, de todo ese síntoma, porque hemos visto que la aparición del síntoma oculta el contenido psicológico por debajo.

Cada vómito es una descarga de una cantidad de tensiones, y esa falta de tensión lleva a que la problemática psicológica no aparezca. Entonces, le dedicamos mucho tiempo al síntoma, sobre todo los nutricionistas, porque es necesario que el paciente aprenda a comer.

El primer dato es que la paciente tiene que comer muchas veces por día, normalmente 6, en pequeñas cantidades y una dieta balanceada, para compensar la desorganización anterior. Pero paralelamente trabajamos todo lo que podemos sobre la personalidad de base, que es lo que pretendemos modificar para que la patología desaparezca.

Pregunta: ¿No se puede dar que atacando desde lo conductual, cambiando hábitos y conductas, se mejore? La función del grupo ha sido fundamental?

ROVIRA: Enfocar desde el punto de vista de la conducta es otra manera de acercarse a esta patología. Todas las terapias cognitivas tiende a abordar a través de la conducta, y es tan válido como lo que nosotros hacemos.

Nuestra manera de trabajar desde siempre ha sido a través de psicología subyacente, y no a través del conductismo. Nosotros no tenemos una buena formación Cognitiva. Yo estuve en Canadá, donde trabajan mucho con las terapias cognitivas. Es una manera de abordar. En rigor de verdad, lo que hacen en Canadá a nivel de los números, me difiere de lo que hacemos nosotros acá. En cuanto a resultados y deserciones. La mayoría de los fracasos son por deserciones.

Pregunta: ¿Esto es similar al alcohólico recuperado? ¿Lo atornilla a la patología?

ROVIRA: Voy a hacer una aclaración: la etapa adolescente implica muchas vicisitudes, entre ellas una falla, una dificultad identificatoria lógica del período que atraviesa, y muchas veces, las patologías dan esa identidad y vienen diciendo: “Soy tal cosa”, y no “Tengo tal cosa”. Esa, es una posibilidad.

De todas maneras, esa falla identificatoria, hay que corregirla, porque puede hacer desaparecer el síntoma pero trae otras dificultades más tarde que son tan dolorosas como ésta.

Pregunta: ¿Tienen idea si en otros países, existen con la misma intensidad que acá estas patologías?

Dra. DIAMANTI: Esta enfermedad, que históricamente tiene larga data, apareció.....a veces nos pasa a nosotros cosas acá retrasadas con respecto a los países del norte. Allá, por la década del 70, la anorexia nerviosa hacía estragos en los dormitorios de las universidades de los países-del norte.

Las últimas estadísticas dan cuenta de que ha bajado la anorexia en EE.UU., y ha subido un poco más en los países europeos.

Yo creo que acá hay factores concomitantes. En el año 70 nosotros internábamos a estos pacientes en una institución que pertenece a la ‘ Universidad de Buenos Aires, que es el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari.. Internábamos a estos pacientes en una sala de clínica médica. Teníamos 3 camas de internación psiquiátrica dentro de clínica

médica, y los internábamos para aislarlos un poco del medio familiar y poder trabajar con ellos. Esa fue nuestra forma de trabajo en esa época.

Hasta no hace muchos años, no se sabía diagnosticar esta enfermedad. Entonces, algunos de los casos que pasan ahora es porque mayor número de médicos diagnostican esta enfermedad, y mayor número de todos, diagnostican la enfermedad. Por eso el diagnóstico hay que afinarlo luego. Pero todo el mundo conoce qué es la bulimia y la anorexia. Las alumnas en los colegios piden las consultas ellas mismas. Llamaban a algún centro denunciado que en 4º año, tal división, hay dos chicas que creen que tienen un comportamiento anoréxico. Probablemente el doctor tiene otros datos.

ROVIRA: Históricamente, esta es una enfermedad de Occidente. Es desconocida en el Oriente no occidentalizado, es de una incidencia bajísima en la raza negra, y comenzó siendo una patología de las clases altas; después de clases medias y altas, después de las clases medias y ahora ataca a todas las clases sociales.

Creo que la masificación de la información ha logrado que todas las capas sociales gocen de padecer de estas enfermedades. Todos veíamos que era una enfermedad de las grandes ciudades, hasta que la TV uniformó la información y hoy aparece hasta en los pueblos más chiquitos.

Creo que la Argentina, dentro de América, es probable que tenga un buen lugar en el ranking de popularidad. Seguramente EE.UU, Canadá, Méjico, estén en un nivel superior que la Argentina, no sé otros países. En Europa hay una gran demanda de atención de las bulimias. No sé si diría que la Argentina es el mayor de los países, no tenemos una estadística válida. Eso es lo de rigor.

REMIRO: Japón tenía dos décadas atrás, valores muy bajos con respecto a EE.UU. Actualmente, equiparó los índices de incidencia. Aclaro como es, casi una consecuencia de la cultura occidental, no de la genética ni de característica de la raza.

ROVIRA: En Asia pasa un fenómeno muy curioso. La enfermedad se fue extendiendo a partir del puerto al que llegó Occidente, y era conocida en un extremo del país y desconocida en el otro. Es decir, que evidentemente los elementos culturales participan, y participan fuertemente.

Yo tuve oportunidad de estar con un médico egipcio, Naser de apellido, que hizo un estudio sobre estudiantes secundarias egipcias, 20 de las cuales se fueron a estudiar a la Universidad de Londres, y el resto se quedó en El Cairo. De las que se quedaron en El Cairo, no se enfermó ninguna, y de las 20 que fueron a Londres, 12 hicieron un cuadro bulímico, y 4 un cuadro anoréxico. Es decir, un porcentaje fenomenal. No se le escapaba a Naser que más allá del destierro, del cambio de hábitos, etc., en Egipto estas mismas mujeres tenían una protección digamos, de su sexualidad que no la encontraron en Londres.

Al musulmán le gusta más la mujer rolliza, rellena, fuerte, pero además está prohibido tener relaciones sexuales, piropear, y demás si uno no está casado.

Por otro lado, usan chador, velo, etc., que no les permite mostrar la sonrisa a ningún hombre que no sea su marido. Es decir, no están expuestas. Cosa que shockeó a estas estudiantes en Londres, donde estos cuidados sobre la sexualidad no existen.

Pregunta: ¿Tienen alguna hipótesis acerca de la imagen corporal de las pacientes?

REMIRO: En general, lo que es el esquema corporal difiere en lo que es anorexia y bulimia. Es más, cierto tipo de distorsión del esquema corporal no se ve en obesidad, lo que pasa es que es totalmente diferente en todos los casos.

En el caso de la anorexia, la distorsión del esquema corporal es constante, no depende del estado anímico. A medida que va bajando de peso y se diferencia rápidamente de lo que era su peso anterior (y lo hace rápidamente por su exigencia), empieza a haber una distancia entre el concepto corporal que tenía de ella con lo que le marca el espejo, y empieza a poco a poco a anular ese espejo que le marca algo muy diferente a lo que ella tenía incorporado.

Esto se corroboró con estudios de animales y con estudios de gente que pasó por campos de concentración en la segunda guerra mundial, y también con voluntarios que se sometieron a ayunos. En general, los voluntarios que se sometieron a ayuno, empezaron con ciertas características de la enfermedad anoréxica a partir de los 15 días aproximadamente (no tenían ninguna patología previa).

Lo mismo pasa con ratitas. Hay una parte que regula la parte alimentaria que es el hipotálamo. Se les estimulaba una parte del hipotálamo, se les hacía subir de peso a unas, y bajar de peso a otras. Se les mantenía en distinto peso, y después se les dejaba sin estimulación de ninguna de las partes. Era como que se había roto el equilibrio. Con respecto a cuál era el peso corporal de la ratita, algunas, si bien empezaban a tender a una recuperación, se mantenían en general en un peso intermedio entre el que tenían y el que se les había producido. Esto en ratitas, sin psiquismo. Aparentemente, la parte hipotalámica está involucrada, incluso se ve que las hipoglucemias pueden llegar a marcar y descontrolar lo que se llama *set point*, que es como el lugar del equilibrio del alimento,

Eso es constante en la anorexia, pero no en la bulimia, que en general mantiene más o menos un peso acorde al que tendrían que tener por talla. Por ahí sube 5 kilos, baja 3, sube 4, pero en general, alrededor de lo que sería su peso acorde, mientras que la anoréxica baja, baja, baja.. .

En obesidad sería la cara opuesta, suben de peso, más lentamente. La distorsión del esquema corporal es mucho menor.

¿Una persona obesa, sabe que está gorda, tiende a mirarse de costado; tiene ciertas conductas de cómo mentirse, que son más corrientes. La evolución del peso es mucho más lenta, a la vez no tiene el riesgo de la anorexia, que va contra los criterios vitales.

Pregunta: ¿Cuanto más flacas están, más gordas se ven?

REMIRO: Es que justamente uno de los mecanismos que se postula es hipoglucemia. Como alteración de la parte hipotalámica.

Otro es la serotonina. Son cosas complejas, pero básicamente cuanto más alteraciones hacen en la parte alimentaria y más rápido bajan de peso, más se producen. Esto muestra a diferencia de cómo en la bulimia depende del ánimo. A veces se siente bien, otras mal, teniendo el mismo peso.

Pregunta: ¿Hay un enfoque psiquiátrico del tema?

REMIRO: Hay muchos enfoques para enfocar eso. Hay que ir viendo en cada caso qué. -Hay teorías biológicas en juego. Algunas no están todavía bien comprobadas. Otras tienen cierto grado de verosimilitud, o por lo menos conjugan con los hechos que nosotros vemos.

Con el tema de la serotonina, se ve que la serotonina es anorexígena. En general se ve que cuando hay cierta ansiedad, que en estas adolescentes a veces es una sintomatología de depresión enmascarada, a veces reactiva. Casi todos los autores citan que tienen una cierta depresión este tipo de cuadros, que a veces es reactiva a los problemas de integración social que tienen los chicos.

En el caso de la bulimia que es la que más varía el estado afectivo, algunos relacionan el ciclo atracón-purga con la serotonina.

En general el chico va a buscar, por sobre todo, hidratos de carbono. En general, viene de un ayuno previo. La cantidad de hidratos de carbono determina cierto tipo de aminoácidos. En general, bajan los aminoácidos de tipo neutro y deja más que todo el triptofano, que es un precursor de la serotonina. Necesita hidratos de carbono. Parece algo biológico, los va a buscar.

En general lo come, y en general después produce la saciedad. Antes de eso tenía un estado de tensión. Algunos lo explican por esto, justamente, cuando comió hidratos de carbono se anularon un poco los que compiten con triptofano en sangre. Sube un poco la cantidad de triptofano en forma relativa. Empieza a salir la serotonina, que es anorexígeno, y para el hambre.

En general todo esto es discutible. Haya teorías que hablan de otro tipo de factores. Esto a la vez, nos da la pauta de poder utilizar medicamentos anti-depresivos de tipo

serotonina....para intentar lograr un efecto que regularía el apetito, a la par que regularía el estado afectivo, que en general van de la mano en la bulimia. Porque a la vez, si están relacionados biológicamente a nivel hipotalámico.

Pregunta: En el caso de estos dos tipos de enfermedades ubicadas en la adolescencia, ¿cómo se daría el desempeño dentro de la familia?

VALIENTE: No sabría responder cuál es el rol que se le asigna al adolescente. En el caso de estos trastornos, hay descriptos ciertas tipologías familiares, formas de relación dentro de la familia que aparentemente juegan un papel preponderante, no soy un experto en ese tema.

Sí, el hecho que aparentemente es innegable es que la población adolescente es la población de riesgo por excelencia para que actúen una serie de factores que están implicados en estos trastornos, porque la adolescencia, como se ha dicho, es una etapa de grandes cambios;conductuales, cognitivos, emocionales, fisiológicos, donde la percepción del cuerpo, la falta de definición todavía de una personalidad, hace posible que tengan este tipo de influencia.

Por otra parte, hay un problema de identidad que se está resolviendo en esa etapa de la vida . Eso sí se puede remarcar desde el punto de vista sociológico: hay una necesidad de identificación con el grupo de pares. Los marcos que llevan a esa identificación con el grupo de pares están notablemente influidos por mensajes culturales y por determinados códigos de identificación, que funcionan en esos grupos, razón por la cual, el apartarse de cierta normativa produce en los adolescentes una sensación de desconcierto y angustia muy grande.

En general, sabemos que los atributos que son positivamente valorados por los mensajes culturales en nuestra sociedad, son aquellos que marcan como supremos- valores la ‘juventud, atributos de belleza y los elementos o personajes que se utilizan para vehicular estos mensajes son aquellos que se identifican cronológicamente con los adolescentes, por lo que los mecanismos de identificación son inmediatos.

Las estadísticas marcan que hay una mayor incidencia en el caso de las mujeres jóvenes, también se sabe que en la mujer el cuerpo cobra una mayor relevancia que en el hombre, como modo de percepción y como modo de autovaloración, si sobre esta población de riesgo actúan todos estos factores que constituyen en su convergencia la predisposición hacia estos trastornos.

.....señala respecto a los esquemas de percepción corporal, los trastornos de los esquemas corporales, más allá de estos trastornos tipificados en relación a estas patologías, creo que forman parte del sentido común que las mujeres en nuestras sociedades (de cualquier edad) se les escucha la frase “estoy gorda”, más allá de lo que puede llegar a valorar la mirada del otro.

Esta es la razón por la cual estos mensajes son tan fuertes, que sin necesidad de llegar a estos extremos y en otras condiciones, constituyen los imperativos de coacción más fuertes a los que está sometida la sociedad contemporánea.

Quizás esto no sea una alteración típica de los esquemas corporales, pero lo más llamativo es el desfasaje entre lo que considera ‘ el que está hablando y lo que se ofrece a la mirada. Eso quería señalar.

A.ZAFFARONI: Como tenemos un límite horario, se podrán hacer tres preguntas, no más.

Silvia LEMA: Quería hacer un breve comentario porque es algo que a mí me hace preguntarme en relación a la incidencia sobre los adolescentes de estas patologías y fundamentalmente, porque en mi experiencia observo un predominio que se hace eco en el adolescente con el discurso naturista: esto de los alimentos purificadores, los alimentos tóxicos, el purificar el organismo...

No sé si habría que pensar en los ritos de pasaje o por dónde abordarlo. A mí me resulta llamativo esto. Hay algo del discurso naturista que parececiertos fantasmas que parecen comunes en los adolescentes. Lo dejo para pensar.

I.LEWKOWICZ: Yo quería contestar a una anterior...(risas:“la historia va con atraso”, . etc).

Sobre esto del tema adolescente, solo un detalle: desde el punto de vista histórico, la última institución fuerte de la adolescencia, la juventud de los 60, estuvo marcada por el signo de la rebeldía instituidos hoy simbólicamente como el lugar del modelo, ¿qué lugar le queda a eso?

Ud planteaba el lugar que le asigna la familia a los jóvenes. No sé. Lo que sí sé, es el lugar que le asigna hoy. sé que hace 30 años le asignaba el lugar de la rebeldía, aunque fuera la rebeldía sin causa..’

Acá hay testimonio, la morocha no me deja mentir.

Me parece que uno de los problemas del malestar actual es la pérdida de ese lugar por la excesiva valoración de eso, y esto que planteaba recién Enrique, de la presencia muy fuerte de un discurso que obliga a ser de determinado modo, no ya bajo el signo de la rebeldía, sino el de la envidia colectiva de “esos años que vos tenés, mi experiencia . . .”

Pregunta: ¿Cómo es la sexualidad dentro de la bulimia y la anorexia?

ROVIRA: Dos palabras.. .La anoréxica no tiene ninguna actividad sexual correspondiente a su edad, ni relaciones sexuales, ni masturbaciones, ni siquiera noviazgos. Es decir, es una a s c e t a .

Hay un mito. Hay mitos para todos, pero este es especialmente lindo, del dios Pan, que era fenomenalmente feo, petiso, con una quijada saliente, todo peludo. Vivía en el Olimpo, junto a otros dioses, y tenía algunas características sobresalientes: una, que era el mejor intérprete musical del Olimpo, y otra, que le gustaban mucho las mujeres.

En el Olimpo también estaba Apolo, el más bello de todos, también buen músico y terriblemente celoso. La mitología griega tiene la virtud de no haberle dado todo a ninguno de los dioses, por eso los griegos dicen que uno se puede pasar la vida disfrutando por lo que le dieron o protestando por lo que le falta.

Celoso: Apolo, lo invita a Pan a que se vaya del Olimpo y le dice que en el valle de la Argótida. había unas chicas muy bonitas. Y ahí va Pan a buscar a sus doncellas, y encuentra a una especialmente mona que se llamaba Siring. Pan pensó que si Siring lo veía con ese aspecto, no iba a tener mucho éxito, así que decidió interpretar su flauta.

Con la música de su flauta, produjo un embeleso tal en Siring, una excitación creciente que llegó a que Siring huyera por el campo perseguida por Pan, hasta que desesperada, se arroja a un arroyo y le pide a los dioses que la conviertan en junco. Pan corta todos los juncos con su espada, los ata y en los cabos sueltos, se va tocando música, pensando que aunque sea, como .voz y espíritu, él se la llevaba.

Eie instrumento se llama la siringa, es lo que en nuestro medio tocan los afiladores. En Rumania es el instrumento musical nacional, interpretado magníficamente por Sanfir, que taca con la Sinfónica de Landres.

Es decir, que la pobre Siring, ante la excitación que le provocaba el reclamo del otro, lo único que logró fue huir y transformar su cuerpo, que era en realidad lo único que Pan conocía, en un junco, en algo sin forma.

En Grecia pregunté qué hacía Pan con sus instrumentos y me contaron que Pan guardaba sus instrumentos en una cueva, la Cueva de las Vírgenes, y que, según la personalidad de la persona que entraba, sonaba un instrumento determinado. La siringa sonaba cuando la persona que entraba era una doncella bella y virgen.

Este mito nos señala, con varios miles de años de diferencia, lo que les pasa a nuestras a n o r é x i c a s .

Las bulímicas, por el contrario, tienen una conducta diferente frente a la sexualidad, que va desde tener relaciones sexuales con un ritmo más o menos normal, hasta una promiscuidad absoluta y descontrolada.

En esos tres grandes grupos que les señalé, el grupo de las bulímicas que comienzan con un período anoréxico tienen mayor restricción sexual, y en el otro extremo, se mezclan con la drogadicción y tienen una altísima vida sexual.

Una aclaración: cualquiera sea el grupo al que pertenezcan, esta vida sexual es altamente insatisfactoria.

Pregunta: ¿Qué pasa con el embarazo en la bulímica y la anoréxica?

ROVIRA: Yo les voy a contar mi experiencia. La primera anoréxica que yo vi en el año 70, por esas casualidades, tuvo una evolución buena, no por mérito mío que no tenía la más remota idea. No figuraba en los libros de psiquiatría esta enfermedad, y la he seguido viendo periódicamente hasta el día de hoy. En su camino, logró casarse, embarazarse, tener una hija, divorciarse, volverse a casar varias veces y hace un mes me fue a ver al hospital porque su hija, monísima, tenía una anorexia.

No sirve esto para generalizar.

Creo que las pacientes anoréxicas tienen una gran dificultad para distinguir sus propios afectos, así que tienen una enorme dificultad para desentrañar el lenguaje sin palabras del bebé. Eso trae una dificultad grande del bebé cuando crece.

La paciente bulímica seguramente tenga un embarazo más normal que las anoréxicas, que por otro lado son excepcionales los embarazos en las anoréxicas.

Las pacientes bulímicas seguramente tengan un comportamiento bastante más normal. Vemos que durante el período de embarazo y los primeros años de vida del bebé, la sintomatología bulímica desaparece. Vuelve a reaparecer cuando se enfrentan con algunas de las ansiedades básicas que no han podido resolver. Entre ellas, la sensación de vacío, la insoportable soledad, o una desvalorización permanente.

A.ZAFFARONI: Tenemos que cerrar aquí, ya nos han pedido que dejemos la sala. Les agradecemos a Uds. que hayan estado compartiendo con nosotros estas Jornadas.

C conclusiones



CONCLUSIONES:

Es necesario realizar diagnósticos adecuados, precisos, para poder diferenciar adecuadamente los síntomas de estas patologías de otras que “las aparentan”.

Las patologías de la conducta ‘alimentaria son varias, pero hay dos que han tomado estado público fundamentalmente a través de los medios de comunicación masiva, disfrazando esta difusión bajo la máscara de la prevención y convirtiéndola en promoción de la enfermedad.

La anorexia ha crecido moderadamente en los últimos años, sobre todo por avance en la precisión del diagnóstico. La bulimia se ha multiplicado al punto tal que *en* los Hospitales de Buenos Aires se atienden 6 bulímicas por una anoréxica. Son patologías que se dan fundamentalmente en el sexo femenino, aunque hay varones bulímicos, muchas veces por tener una pareja bulímica.

Afirmar que “siempre hubo Bulimia y Anorexia”, es negar que cada época o momento histórico produce un proceso de significación sobre los individuos que las protagonizan que las hacen diferentes, que las construyen de modo diferente, es decir, no es lo mismo un diagnóstico clínico preciso sobre alguna de estas patologías, que lo establecido socialmente sobre la patología, en el sentido de que “toda flaca que no come es anoréxica

Cómo hacer, desde todas las disciplinas que estamos aquí representando, para que todo síntoma de comer más o menos no sea atornillado a la significación de bulimia y anorexia y que esos sujetos no queden atrapados como pacientes.

El aumento de estas enfermedades ha obligado a los Hospitales públicos a responder a esta demanda con la conformación de equipos interdisciplinarios. El Equipo debe incluir, como mínimo :un nutricionista, un médico, un psicólogo, un ginecólogo, un psiquiatra y profesionales de área de trabajo corporal.

Hay que evitar el etiquetamiento del paciente, y favorecer los tratamientos ambulatorios, acudiendo a la internación solo en casos extremos, en situaciones de riesgo. Es además necesario incluir a la familia dentro del tratamiento.

Los estudios de casos presentados, fueron en general ahistóricos, no estaban presentados en un medio; sí pudimos ver un análisis de síntomas que tenían que ver con la patología, pero sabíamos poco de la vida cotidiana del paciente, se describía alguna situación vinculada con el ámbito familiar, pero se desconocían el resto de las interrelaciones e intercambios que ese individuo tenía con el medio histórico en el que vive. En el género “Presentación de caso”, se tiene en cuenta en primer lugar a la familia. Solamente un equipo mostró un caso donde aparecía privilegiada la vestimenta de la paciente como “Punk” y en el que se mostró la interacción del equipo con ella en la calle. El conocimiento del mundo de los jóvenes, de las distintas tribus o grupos urbanos, nos proporcionan un universo de significaciones que nos permiten fijar distintas formas de adopción de pertenencias entre los adolescentes.

Consensuamos la prevención como una instancia en la que se debe hablar desde el polo de la salud sin desarrollar las características de la patología. Hablar de patologías en prevención es más bien convocarlas que prevenirlas; aquí también hay que pensar en equipos interdisciplinarios.

Aparece la preocupación de cómo articular los distintos saberes para que sean realmente fértiles.

En estas jornadas faltó la presencia de docentes y padres. Debería incluirse a ambos en las campañas de prevención.. El discurso hacia ellos debe basarse en la alimentación y en la construcción de un pensamiento crítico acerca del lugar que ocupa “la comida” o el “comer” en la vida cotidiana de las sociedades contemporáneas.

La alimentación está fundamentalmente conectada con el tema de las dietas, la imagen corporal y el marketing que agresivamente ejercen empresas de alimentos supranacionales. Todos estos elementos están incluidos en lo social, donde también habitan la discriminación, la violencia, las adicciones, el marxismo, etc.

Estos trastornos de la alimentación están en una convergencia bio-psico-social, sin embargo los patrones estéticos, transmitidos a través de los medios de difusión, desempeñan un rol fundamental en la conformación de estas patologías de los ‘90.

Es necesario seguir profundizando sobre los diferentes abordajes y sumar las diferentes miradas y enfoques teóricos que nos proporcionan las diferentes disciplinas. Para complementar este objetivo se propone realizar una reunión para el próximo año, donde los espacios y tiempos de debate sea extensos y puedan agotar todas las dudas y futuros puntos de sutura en el camino hacia la construcción de la “interdisciplina”.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres gráficos de la
Dirección Imprenta Municipal
en abril de 1996



MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Intendente Municipal
Lic. Jorge Domínguez

Secretario de Cultura
Eduardo E. García Caffi

Subsecretario de Cultura
Prof. Héctor A. Olmos

Director General del
Centro Cultural Gral. San Martín
Prof. Eduardo Rodríguez Arguibel