



Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Anorexia y bulimia: Una experiencia subjetiva

Tesis para optar al grado de Maestro en
Psicología Social de Grupos e Instituciones

Nancy Lombardini Vega

TUTOR DE TESIS: Mtro. Gabriel Araujo Paullada

México, D.F., Octubre de 2012

**Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
División de Ciencias Sociales y Humanidades**

Anorexia y bulimia: Una experiencia subjetiva

Tesis para optar al grado de Maestro en
Psicología Social de Grupos e Instituciones

Nancy Lombardini Vega

TUTOR DE TESIS: Mtro. Gabriel Araujo Paullada

RESUMEN: La anorexia y la bulimia se presentan como mal-estares contemporáneos. Es imprescindible separarnos de formalizaciones médico-psiquiátricas para dar espacio a la experiencia de las jóvenes que sufren este tipo de padecimientos. Desde este punto de vista, la presente investigación intenta dar cuenta de la experiencia que se produce dentro de los dispositivos de internamiento terapéutico y las páginas Pro Ana y Mía, a partir de los cuales las jóvenes entablan una relación singular con su cuerpo, con la comida y con su imagen, construyéndose ellas mismas como sujetos. Para ello, cada espacio propondrá sus propios juegos de verdad y sus horizontes éticos a través de una vía moral y estética.

México, D.F., Octubre de 2012

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, de quienes siempre he recibido apoyo y amor. Papá, gracias por apoyarme en mis decisiones y ayudarme a seguir adelante. Mamá, la persona que más fe tiene en mí. A mi hermana, Evelyn, que aún en la distancia siempre pienso en ella.

A aquellos que me han acompañado en esta compleja travesía que es la vida. César, más de diez años y cada día te quiero más. Yura, gracias por apoyarme y compartir esta nueva etapa. José Luis, un logro más en el que estás presente. Ángel, a pesar de las desapariciones siempre estás en los momentos importantes. Cynt, a pesar de extrañarte tanto, tu recuerdo me hace sentir que aún estás conmigo.

Ricardo, Gerardo, Julio, Juan Manuel, amigos que han demostrado que la soledad es sólo una compañía intermitente.

A Gabriel, quien mediante una frase me hizo recordar que el pasado es un compañero de posibilidades y no de determinaciones.

A mis lectores, Hans y Patty, quienes se tomaron el tiempo de leerme y muestran que vale la pena escuchar ideas de generaciones venideras.

A todos los demás que han compartido parte de su existencia conmigo y que los he encontrado recientemente.

ÍNDICE

1.- Presentación.....	3
2.- Introducción.....	5
3.- Planteamiento del problema y metodología.....	13
4.- Experiencia (Objeto Teórico).....	27
4.1 La experiencia límite.....	34
4.2 La experiencia y el punto de capitón.....	36
5. Anorexia y bulimia: del origen religioso al malestar contemporáneo.....	42
5.1 Revisión historiográfica.....	42
5.2 La anorexia mental posmoderna.....	48
5.3 Belleza y salud en la contemporaneidad.....	53
6.- Dispositivo y experiencia.....	59
7.- El Internamiento: Una experiencia regulada.....	63
7.1 Marco, espacio y topología.....	63
7.2 Tiempo y retroactividad.....	67
7.2.1 El tiempo institucional.....	67
7.2.2 “Lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser”.....	69
7.3 Tecnologías y cuidado de sí.....	79
7.4 La función yoica dentro de las tecnologías.....	85
8.- Páginas Pro Ana y Mía: La experiencia de la voluntad y el exceso.....	87
8.1 El llamado ideológico.....	94

8.1.1 De princesas, enfermas, ratones y einsteins.....	98
8.2 Ideología y biopolítica.....	111
8.3 Los juegos de verdad y las tecnologías del yo.....	115
8.3.1 La voluntad y el control: La vía moral.....	119
8.3.2 Culpa y castigo: La purga y la compensación.....	129
8.3.3 Thispiration: La vía estética.....	144
8.4 Ana y Mía. Los significantes convocantes.....	151
9.-Conclusión.....	155
10.-Bibliografía.....	161

1.- Presentación

Jacques Derrida (1997: 13) nos comenta en *El tiempo de una tesis: Si viese claramente, y por anticipado, adónde voy, creo realmente que no daría un paso más para llegar allí... Eso quiere decir también, quizás, que de ese lugar adonde voy sé lo bastante como para pensar, con un cierto terror, que allí las cosas no marchan bien, y que, teniéndolo en cuenta todo, mejor valdría la pena no dirigirse allí.*

Es de esta manera como el pensador francés nos transmite la paradoja cuando nos enfrentamos a la conformación de una tesis. En un instante nos vemos llamados y atrapados por el brillo y la incertidumbre de un problema, un conflicto al que no tenemos respuesta. En un segundo tiempo nos acercamos, vamos al terreno con nuestra metodología, con nuestro cuerpo y nuestra escucha sólo para regresar una vez más al escritorio y darnos cuenta que ello que pensábamos “el problema de investigación” nos sobrepasa. Nos movemos entonces cada vez más en el terrenos de la angustia, entre el deseo de “hacer” algo con lo que vimos y escuchamos y el desconocimiento y la incertidumbre de no saber qué hacer con ello.

Si de lo que se trata es que la tesis sea un momento de concluir una experiencia, darle forma a un pensamiento y espacio a la palabra del otro mejor valdría la pena abstenerse ante la dificultad de tal tarea. Pero a lo que alude Jacques Derrida es a un *tiempo* que a pesar de ser cronológico e insertarse en una demanda Institucional para obtener un grado también nos muestra que “la tesis” mantiene su propio andar y su propio extravío.

Por ello se alude a un tiempo lógico que desde Jacques Lacan (1984:193) tendría relación con el instante de la mirada, tiempo para comprender y momento de concluir: *Como se ve en la determinación lógica de los tiempo de suspensión que ellas constituyen, la cual, objeción del lógico o duda del sujeto, se revela cada vez como el desarrollo subjetivo de una instancia del tiempo, o mejor dicho, como la fuga del sujeto en una exigencia formal.*

Derrida y Lacan nos muestran que un trabajo de tesis es siempre una apuesta de subjetividad en suspensión. Te suspendes en la duda, en el asombro y en el encuentro con el

otro, transcurres por diferentes momentos, para que, aunque de antemano sepas que será un viaje lleno de angustia e incertidumbre puedas formalizar “algo” de tu experiencia.

Escribir una tesis implica que ha llegado el momento de concluir. El investigador, que se sabe parte de su escritura, de su trabajo, de su escucha se arroja a que los demás lo lean, lo cuestionen y lo critiquen para sostener-se en lo que construye. Sabe que regresara una y otra vez a su pregunta, la reformulará, la revisará, le hará cambios y comenzará de nuevo a suspenderse hasta que pueda mediante su tesis sostener una parte de su experiencia: *a saber que el sujeto lógico no es allí otro que la forma personal del sujeto del conocimiento, aquel que sólo puede expresarse por “yo” (je). Dicho de otra manera, el juicio que concluye no puede ser formulado sino por el sujeto que ha formado su aserto sobre sí, y no puede sin reservas serle imputado por algún otro, al contrario de lo que sucede con las relaciones del sujeto impersonal y del sujeto indefinido recíproco de los dos primeros momentos que son esencialmente transitivas, puesto que el sujeto personal del movimiento lógico las asume en cada uno de estos momentos. (Ibíd. 197).*

Así es como presento este trabajo, en un momento de conclusión que no deja de lado el tiempo que me ha tomado llegar aquí, que no desconoce los avatares y la incertidumbre en la que me he encontrado y aún me encuentro y a pesar de ello presento mi tesis porque sostiene un trabajo. Espero que los lectores disfruten las teorizaciones que aquí se encuentran, que puedan dar bases para posteriores construcciones y que sea material digno de discusión.

2.- Introducción

383.

El mundo exterior existe como un actor sobre un escenario:

Está allí pero es otra cosa.

Bernardo Soares (Fernando Pessoa)

“Libro del Desasosiego”

El presente trabajo tiene la intención de dar a conocer los resultados de un proceso de investigación que se llevó a cabo durante dos años dentro de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la UAM-Xochimilco.

En un primer momento nuestro deseo era conocer el vínculo que se generaba entre pacientes e institución dentro de una clínica para la rehabilitación de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y comer compulsivo). Sin embargo, a partir del proceso formativo encontramos objetos teóricos que eran más acordes a nuestro interés. Dejamos la cuestión institucional para dar la bienvenida a nuevas categorías, la principal: *el dispositivo*. Con ello nuestro interés se dirigió a la comprensión de los dispositivos de internamiento terapéutico como un método altamente difundido para el tratamiento no sólo de los trastornos alimentarios sino para rehabilitar otras afecciones como las toxicomanías, incluso para tratar psicosis o depresiones severas.

Decidimos investigar el dispositivo de internamiento terapéutico porque nos dimos cuenta que este tipo de intervención es utilizado por muchas instituciones alrededor del mundo con las mismas bases teóricas y metodológicas.

El trabajo multidisciplinario se ha convertido en los últimos años en el modelo por excelencia para tratar enfermedades mentales, asimismo, se ha diversificado las formas de intervención y los tipos de tratamiento: desde el hospital de día, el tratamiento ambulatorio, el acompañamiento terapéutico y el internamiento. Frente a esta amplia gama de programas de rehabilitación de los trastornos de conducta alimentaria decidimos profundizar en el

dispositivo de internamiento terapéutico debido a sus características: la situación de encierro, la vida cotidiana que se conforma, la intensidad con la que creímos se deben dar los procesos subjetivos, etc. Nuestro principal objetivo fue tratar de vislumbrar cómo se daba el proceso de curación a partir de las narraciones de tres jóvenes que pasaron por un internamiento terapéutico para su rehabilitación.

Gran parte de nuestra metodología seguía el camino de Foucault (2008b) y Goffman (2009) para estudiar los dispositivos disciplinarios y las instituciones totales respectivamente. Sin embargo, lo que quisimos hacer es tomar el tercer tiempo del pensamiento de Foucault como eje teórico y ponerlo a dialogar con lo que había propuesto en momentos anteriores cuando la dimensión del poder y el saber tenían mayor peso en su propuesta. La última parte del pensamiento de este historiador francés está marcado por su interés por lo que él denomina *las practicas de sí* aquellas prácticas de autotransformación del sujeto (Foucault, 2007).

Desde esta perspectiva nuestra metodología y herramientas de interpretación se abrían enormemente. Ya no sólo se trataba de vislumbrar los efectos de las prácticas instituidas dentro del dispositivo sino que éstas en su interrelación con las jóvenes con anorexia o bulimia provocaban una transformación de sí colocándolas en un papel activo frente a su malestar.

Al mismo tiempo, decidimos utilizar el concepto de *experiencia* porque nos permitía alejarnos de nociones estigmatizantes y evitar construir la anorexia y la bulimia desde saberes formalizados que las instituyen como enfermedades mentales, síntomas o trastornos en la conducta alimentaria. Nuestra propuesta dentro de la investigación es que *el dispositivo de internamiento terapéutico produce una experiencia particular de la anorexia y la bulimia a partir de ciertas tecnologías del yo por las que el sujeto transforma la relación consigo mismo.*

El siguiente paso fue entender cómo se producía esta experiencia y cuáles eran sus características principales. Partimos desde el hecho de que muchas jóvenes que llegan a entrevista diagnóstica o buscan algún tipo de tratamiento sienten que han perdido el control sobre su conducta, es decir, no es sólo que no quieren comer para bajar de peso sino que ya

no pueden ingerir alimentos aunque así lo deseen. Otras a pesar de que han perdido bastante peso lo que ocasiona que lleguen en severos niveles de desnutrición y tengan afecciones físicas graves no se muestran preocupadas por su malestar, en este caso las jóvenes afirman que es un ejercicio de voluntad y que no tienen ninguna intención de cambiarlo.

La imposibilidad para consumir alimentos y la falta de reflexividad nos llevo a suponer que su situación se les “había escapado de las manos”. El internamiento les permitía poder comer alimentos además de un trabajo intenso de reflexión sobre lo que ahora se le nombraba “enfermedad”. Al poco tiempo dentro del dispositivo las jóvenes volvían a comer en cantidades y porciones adecuadas y empezaban a establecer una nueva relación con su cuerpo y con la comida.

Entendimos que la experiencia que se generaba en el dispositivo tenía que ver con una restitución del control y la voluntad, una regulación en la conducta alimentaria y el establecimiento de un vínculo “positivo” con el cuerpo a través de un trabajo sobre sí intenso en el que la dimensión del saber era el registro más importante. A partir de diversas técnicas las jóvenes aprendían a identificar sus emociones, a saber que si se veían gordas era por la distorsión, aprendían nuevos hábitos alimentarios siguiendo un plan específicamente elaborado para cada una de ellas, además, desarrollaban tácticas de afrontamiento frente a situaciones estresantes o de riesgo y hacían un trabajo introspectivo respecto a su historia y las vivencias que desencadenaron su enfermedad, etc. *El dispositivo de internamiento terapéutico producía una experiencia en la que ellas pudieran conocer y manejar su cuerpo y sus emociones a través de un constante trabajo reflexivo.*

Observamos que esta experiencia se generaba a partir de la dimensión del saber, el poder y el trabajo de sí tal cual Foucault lo había formalizado en toda su obra. No obstante, y siguiendo con nuestra propuesta, al mismo tiempo se anudaba a través del significante de “enfermedad”. El que las jóvenes pudieran asumir que padecían anorexia o bulimia como una enfermedad permitía primero la adaptación al dispositivo y segundo, la posibilidad de tratamiento y como tal, de rehabilitación. Pusimos a jugar este significante con la noción de tiempo lógico como categoría analítica con lo que pudimos inferir que una vez que estas jóvenes aceptaban que tenían una enfermedad, la forma de narrar su historia y su futuro

cambiaba, es lo que Lacan (2007) llama “futuro anterior”. Ellas narraban parte de su historia como si siempre hubieran estado enfermas y veían su futuro estando enfermas. Así, la enfermedad se convertía en ese significativo nodal que anudaba y resignificaba su existencia.

En la última parte de este apartado quisimos hacer una reflexión respecto a las intervenciones clínicas y el dispositivo tratando de vislumbrar hacia donde estaba dirigida la cura. Para este fin redimensionamos la propuesta foucaultiana de tecnologías del yo (1996). Si las técnicas utilizadas dentro de los dispositivos de internamiento terapéutico eran tecnologías dirigidas a la transformación del individuo para la búsqueda de un estado de felicidad o perfección esto implicaba que la intervención se centraba en el yo como instancia psíquica predominantemente imaginaria intentando que el sujeto encuentre coherencia entre su imagen y él. Afirmamos que *si el sujeto se toma como objeto de transformación de sí a través de un trabajo que conlleva la reflexión continua, el sujeto como objeto sólo podrá tener relación consigo en cuanto un objeto separado y como tal imaginario.*

Si la tarea de los dispositivos es dar coherencia a los discursos, que el sujeto ame su imagen y con ella su cuerpo es porque cualquier dispositivo desconoce o niega una dimensión inconsciente que supone la aparición del sujeto ahí donde aparece el equivoco, la contradicción y la incoherencia.

Pero al ser la anorexia y la bulimia padecimientos muy cercanos a la muerte, el dispositivo también tendría la tarea de alejar a las jóvenes de tan fatal destino a través de proveerlas de nuevas significaciones de carácter positivo. La discusión es amplia porque muchas de estas jóvenes están obstinadas a alcanzar un ideal estético a pesar de su muerte lo cual deja a las intervenciones poco margen de acción inmediata por lo que varios psicólogos en el tema asumen que tratamientos largos como el psicoanálisis o la terapia no serán viables ante la urgencia del caso. En contraparte el psicoanálisis abre dimensiones clínicas de carácter estructural que contempla la diferencia irreductible entre el sujeto y su yo lidiando con la incoherencia, la contradicción y el equivoco dando lugar al deseo.

Por otro lado encontramos que diversas jóvenes hablaban de ciertas páginas de internet producidas por mujeres a favor de los trastornos de conducta alimentaria. La curiosidad me llevo a visitar estos espacios encontrando un mundo complejo y poco estudiado por los científicos sociales. Las páginas Pro Ana y Mía son blogs creados por jóvenes con estos padecimientos que afirman que la anorexia y la bulimia no son enfermedades mentales sino *estilos de vida*.

Este trastocamiento de sentido llamó nuestra atención y creímos pertinente incluir su estudio dentro de la investigación. Nuestro objetivo fue definir la experiencia que era vertida en estos espacios virtuales a partir de las narraciones que encontrábamos.

Cada página está conformada por diversos apartados que cumplen funciones específicas. Desde motivos para ser Ana o Mía, tips para vomitar sin ser descubiertas, publicaciones médicas acerca de lo qué es la anorexia y la bulimia y sus consecuencias físicas, artículos sobre nuevos medicamentos para inhibir el hambre o quemar grasa, los thispiration que son imágenes de personajes del medio artístico que fungen como ideal a seguir, las carreras que son régimen para ayunar durante un tiempo prolongado para bajar de peso, consejos para inhibir el hambre, etc. Pero la sección más interesante era la del diario de cada propietaria en el que plasmaba como era su vida cotidiana, sus vínculos y la manera en que se conducía a partir de seguir este riguroso estilo de vida.

Pero para realizar una interpretación pertinente y rigurosa teníamos que plantear ejes teóricos y analíticos capaces de desmontar dicha experiencia. Partimos desde la premisa de que este estilo de vida estaba íntimamente relacionado con formas ideológicas interpelativas que emergían de un dispositivo de la feminidad construido a través de tecnologías de género. Dentro de las narraciones encontramos cuatro figuras metafóricas ideológicas en las que estas mujeres eran interpeladas: princesas, Speedy González, Einstein y el paramédico. Estas figuras estaban en relación con un deseo por parte de las jóvenes por ser reconocidas, sin embargo, en un análisis más profundo propusimos que lo que estaba subvertido era una demanda de amor en la que ellas se posicionaban como objeto para amar. Esto a su vez no podía ser pensado sin la dimensión del ideal y la perfección, es decir, estas figuras interpelativas constituían parte del ideal que esperan

alcanzar; la perfección como ideal constituido a través del llamado ideológico en el que el juego de la imagen y el aparato de salud eran las estrategias que sostenían dicho dispositivo.

Entonces era necesario vislumbrar la relación entre ideología y dispositivo. Esta fue una tarea compleja porque desde sus inicios Foucault (2008b) sostuvo que su trabajo se centraba en el análisis del poder y el saber mediante las técnicas y estrategias por las que operaban dejando de lado la ideología. Desde nuestro punto de vista no podíamos dejar de suponer que las prácticas por las que se expresaban el poder y el saber se enmarcaban en formas interpelativas. Nos referimos a que era necesario redimensionar las estrategias biopolíticas en relación con la manera en que los individuos representan su vínculo imaginario con la realidad (Althusser, 2005).

Si la biopolítica es *la manera como se ha procurado racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas*. (Foucault, 2010c: 359) y la ideología definida desde Althusser (2005) es *una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia*. La racionalización propuesta por Foucault sólo es en relación con la manera en que los individuos representan sus condiciones reales de existencia. *La anorexia y la bulimia desde esta propuesta serían los efectos no contemplados tanto del dispositivo de la biopolítica que intenta administrar la vida como de la ideología que conlleva el llamado a estas jóvenes a reconocerse como sujetos*.

Sostenemos que las jóvenes con anorexia y bulimia han respondido a esta interpelación y han construido sus propias prácticas no contempladas por el dispositivo y las tecnologías de género a través de lo que han instituido como *estilo de vida* el cual implica un diferimiento entre el saber médico-psiquiátrico, los juegos de la imagen-belleza y el aparato de salud en la conformación de un nuevo horizonte ético marcado por sus propios principios morales y estéticos.

El estilo de vida es la expresión de un *juego de verdad* (Foucault, 2008c) que propone sus propias técnicas por medio de una vía moral y una vía estética para alcanzar la perfección.

El siguiente paso constó en identificar estas prácticas, su operatividad, sus fines y sus significaciones. Pudimos confirmar que la vía moral se fundamentaba sobre la base de la restricción. El ayuno constituía la técnica principal para alcanzar la perfección gracias a que implicaba un ejercicio de voluntad y control así como la renuncia al placer y la sexualidad. La purga como el vómito y el consumo de laxantes operaban como forma de castigo ante la imposibilidad de seguir un régimen ascético. Al relacionar dichas prácticas pudimos constatar que tanto la restricción como la purga instituían una dimensión moral de carácter religioso en el que el horizonte ético era vislumbrado como perfección: la ingesta de alimento estaba relacionada con la gula como pecado capital y con el placer, dimensiones insostenibles por estas jóvenes. Pero la renuncia al placer era sustituida por otro tipo de placer que se ubicaba *más allá* de sus principios ascéticos, nos referimos a la dimensión del goce. (Gerber, 2006)

El goce aparecía en la intersección entre el cuerpo, sus narraciones y sus prácticas y se refiere a la sensación de vacío que estas mujeres expresan al vomitar o cuando pasan por largos períodos de ayuno. *El goce quedaba así ligado a ese excedente que hace límite entre el placer y el dolor.* Pero desde el psicoanálisis el goce que tiene que ver con la dimensión real del cuerpo sólo es a partir del goce a través de la imagen. La gordura denunciada por estas mujeres a pesar de encontrarse por debajo de su peso sano es ese excedente que debió haber quedado reprimido y que aparece en la imagen como efecto del fallo simbólico en la constitución psíquica de la función yoica del sujeto en la conformación imaginaria del cuerpo. (Lacan, 2010)

Esto nos permitió introducirnos a la siguiente vía, la estética. Para su análisis nos basamos en lo que ellas han denominado *thispiration*: un apartado dentro de las páginas en las que observamos fotografías de personajes del medio artístico como cantantes y modelos que padecieron o padecen anorexia.

La imagen desde nuestra propuesta hacia signo con el ideal. Para ser más claros, a través de la libidinación narcisística la imagen se convertía en un objeto separado del sujeto¹ y desde ese punto la imagen para el sujeto implicaría el control sobre el cuerpo pero también *el*

¹ Recalcati (2004: 114) llamará a este fenómeno *prótesis imaginaria*.

goce de la imagen del cuerpo. Es hacer de la imagen del cuerpo un lugar investido libidinalmente como otro que sustentaría el ideal. La perfección como horizonte ético se constituía a partir de la imagen como signo de un ideal sin mediación simbólica cuyos valores fundamentales serían la voluntad y el control.

Por último, si la experiencia que encontramos dentro de las páginas Pro Ana y Mía estaba sustentada en la vía moral y la vía estética a partir de ciertas prácticas para alcanzar un ideal que hacía signo con la imagen y el trastocamiento y usos cotidianos del saber médico psiquiátrico habría que encontrar cuáles eran los significantes que permitían anudar dicha experiencia. Si bien el “estilo de vida” era más un juego de verdad que conformaba un horizonte ético entonces Ana y Mía eran los significantes que convocaban a estas mujeres a unirse a esta experiencia.

Ana y Mía eran los significantes nodales que anudaban la experiencia y que permitían ambigüedad, la contradicción y la incoherencia dentro de estos espacios posibilitando la organización de una vivencia colectiva distribuida por medio de la virtualidad pero que también hablaba de una experiencia singular.

Estas fueron las construcciones teóricas primordiales construidas y formalizadas a través del proceso investigativo. Claro que estas propuestas teóricas que trataban de dilucidar cómo se iba conformando la experiencia de la anorexia y la bulimia desde dos espacios específicos no habría sido posible sin antes haber hecho una revisión historiográfica de dichos malestares y la manera en que se fueron formalizando hasta convertirse en lo que hoy conocemos como trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido había que identificar los elementos que contribuían a su incidencia como son el discurso médico-psiquiátrico, el aparato de salud y los estereotipos de belleza actuales que en su interacción formaban parte del dispositivo biopolítico sustentado en ciertas tecnologías de género para producir lo femenino.

Esta es una visión a grandes rasgos del trabajo investigativo realizado durante dos años en la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones. Esperamos que los lectores que se aventuren a revisar nuestro trabajo encuentren elementos para conformar futuras elucidaciones teóricas que complejicen la difícil experiencia de la anorexia y la bulimia como malestares contemporáneos.

3.- Planteamiento del problema y metodología

El comienzo está siempre por hacerse. Este decreto nos insinúa los complejos avatares de un proceso de investigación, nos recuerda la eterna renuncia a la ilusión de pensar en un trabajo terminado y la promesa de seguir pensando. La finitud de la investigación nos condenaría a una elaboración cerrada sobre sí misma, tautológica. Por ello la apuesta por la pregunta que abra los caminos del pensamiento y que nos invite a la *sustracción* de los saberes.

¿Qué es la anorexia y la bulimia? Esa fue la pregunta que abrió la imposibilidad de la investigación reconociendo que marcaba aquel comienzo que siempre estará por hacerse, que nunca *está* ahí donde se pensó y que se *hace* en el andar *allá* donde se pensó que se comenzaba. Tratar de contestar esa pregunta era tomar elementos del malestar y dotarlos de propiedades metafísicas, conceptualizarlo desde saberes formalizados e instituidos coartaba y fragmentaba nuestro trabajo. Eso nos hizo reconocer que nosotros también somos producto, agente y efecto de los saberes en los que discurrimos y a los que nos adscribimos y que de alguna manera u otra atraviesan nuestra escucha y nuestra comprensión. Era necesario no negarlos ni desconocerlos sino tratar de hacer con ellos un análisis pertinente.

El primer paso requerido fue una sustracción de la formación, en mi caso clínica y social, para establecer una posición frente al proyecto de investigación el cual ha sido un proceso largo, complejo pero rico en formación.

Primer tiempo de la investigación.

Experiencia profesional

Consistió en la estancia por un año en un centro de tratamiento y rehabilitación especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia y comer compulsivo).

Este centro cuenta con un modelo de tratamiento terapéutico multidisciplinario, área de investigación y prevención para los TCA.

La experiencia profesional fue el elemento por el cual nos abrimos la posibilidad de “habitar” el terreno como un escenario en el que se pusieran en acto las narrativas subjetivas de las jóvenes con anorexia y bulimia con la intención de captar diferentes dimensiones de la cotidianidad, sus contradicciones y la densidad de la construcción de sentidos y de la misma manera, presenciar los quiebres, los silencios, sus repeticiones y sus compulsiones. Fue la herramienta que nos mostró la relación compleja entre la subjetividad de las jóvenes con anorexia y bulimia y las prácticas discursivas del dispositivo.

Cabe señalar a este respecto que, a pesar de que la experiencia profesional fue clave en la investigación (ya que fue uno de los motivos por los que se escogió el tema), durante la misma no se utilizó información confidencial de ningún tipo, ni del personal que labora, ni de las pacientes que en ese momento se encontraban en tratamiento que pudieran poner en riesgo la integridad institucional o mental de ninguno de sus actores, ni se utilizó información específica o singular del centro de tratamiento. Aclaremos una vez más, que nuestro interés no es la institución sino los dispositivos de internamiento terapéuticos que hoy son utilizados con frecuencia para toxicomanías u otros trastornos mentales, en este caso anorexia y bulimia.

Las reflexiones de las jóvenes con anorexia y bulimia.

Estos son escritos que las jóvenes hacían diariamente respecto a su experiencia. Cabe señalar que cuando hablamos de “experiencia” nos referimos no solamente al malestar que

sentían respecto a su anorexia o bulimia sino a su proceso de rehabilitación, su historia personal, sus proyectos hacia el futuro, etc.

Las reflexiones que tomamos para la investigación son aquellas de 3 jóvenes que pasaron por un internamiento terapéutico para la rehabilitación de anorexia y bulimia, en un período de cinco hasta ocho meses.

Es debido puntualizar que la autorización para utilizar estos escritos fue debidamente requisitada. Las jóvenes que nos permitieron utilizar material escrito ya habían salido de su proceso de internamiento, las tres sin regresar al centro de tratamiento, hace por los menos cinco meses, lo que implica que la investigación no tuvo ningún tipo de intervención en su tratamiento.

También señalamos que el nombre de las jóvenes permanecerán en el anonimato. Debido a que esto es una investigación de carácter social ningún dato respecto a su historia personal, su dinámica familiar y su historia académica serán utilizados; no lo consideramos relevante durante la investigación cuyo objetivo versa en dilucidar una experiencia específica que se produce a través de un dispositivo de internamiento terapéutico. Es decir, nuestra intención es dar cuenta de los efectos del dispositivo sobre la joven con anorexia o bulimia en la relación con ellas misma y ello no cruza la historia personal y privada de las pacientes.

Los nombres que utilizaremos para esta investigación son los siguientes:

María, 18 años de edad, diagnosticada con anorexia restrictiva.

Janet, 19 años de edad, diagnosticada con bulimia purgativa.

Samadhi, 19 años de edad, diagnosticada con anorexia purgativa.

Ahora, se decidió usar las reflexiones de tres jóvenes debido a que los efectos subjetivos generados por el dispositivo de internamiento terapéutico son homogéneos en la población con la que se trabaja. Gracias a las condiciones en las que se encuentran estas pacientes

como es la situación de encierro, el trabajo en grupo, terapias, entre otros, los efectos que encontramos son similares. Por otro lado tomar las reflexiones de tres casos desde un inicio hasta el final del internamiento permitía un trabajo más cuidadoso para entrever los efectos subjetivos.

Resaltamos que las reflexiones son formas específicas de narraciones que difieren del dialogo o la observación participante, al ser estas *una producción discursiva (específica) de sí y de un espacio reflexivo y auto reflexivo que se configura mediante un desdoblamiento continuo...Incluso el soliloquio y la rememoración toman forma, en tanto producciones narrativas, a partir de este desdoblamiento y distribución del sujeto en el sistema yo-autor, yo narrador y yo personaje.* (Díaz, 2006: 141). Desde esta postura las reflexiones producidas por estas jóvenes se enmarcan en un espacio de “agenciamiento” múltiple en el que la narrativa permite un doble movimiento: de separación (entre ellas y lo que escriben) y de identificación, lo que implicaría un anudamiento subjetivo frente al malestar de su experiencia: *el protagonista de la historia como otro del narrador, como imagen residual reconstituida de la memoria discursiva; el narrador como doble del sujeto hablante constituido a su vez, por un efecto diferencial de carácter retrospectivo en referente al protagonista de la historia.* (Ibíd.143).

Las reflexiones postularían este movimiento de enajenación-identificación a través de lo que su narrativa cuenta permitiéndoles realizar en su escritura anudamientos subjetivos de su experiencia a través de poderse colocar como protagonista de su relato y a la vez productor de su narrativa.

Segundo tiempo de la investigación

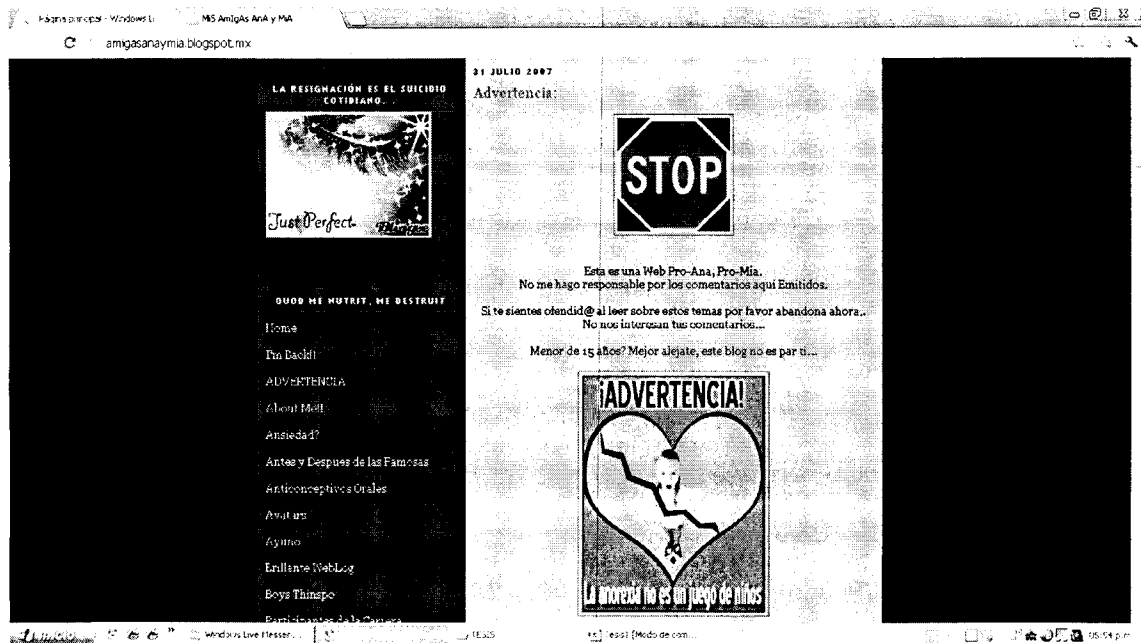
Las jóvenes con anorexia o bulimia hablaban constantemente acerca de ciertas páginas de internet en las que encontraban tips para vomitar, para dejar de comer, para castigarse, etc. Narraban que estas páginas eran abiertas al público creando comunidades virtuales de jóvenes que se denominaban así mismas Ana o Mía y que promovían la anorexia y la bulimia como *estilos de vida.*

Mi práctica clínica me llevo a revisar estas páginas y me encontré con un campo complejo y poco estudiado en referencia a estos malestares. Eran espacios que trastocaban el discurso médico-psiquiátrico dotándolo de otros sentidos, proponían sus propios códigos y se leía una vivencia muy diferente a la que se producía en el dispositivo de internamiento. Me pareció pertinente e interesante contrastar estos espacios como productores de una experiencia y decidí incluir su estudio dentro de nuestro trabajo.

Para esta investigación tomamos cuatro blogs, no nos pareció necesario incluir más ya que todos comparten la misma estructura en contenido y forma. Al mismo tiempo es pertinente puntualizar que le dimos prioridad al diario que cada una de las autoras escribe.

Las direcciones web son las siguientes:

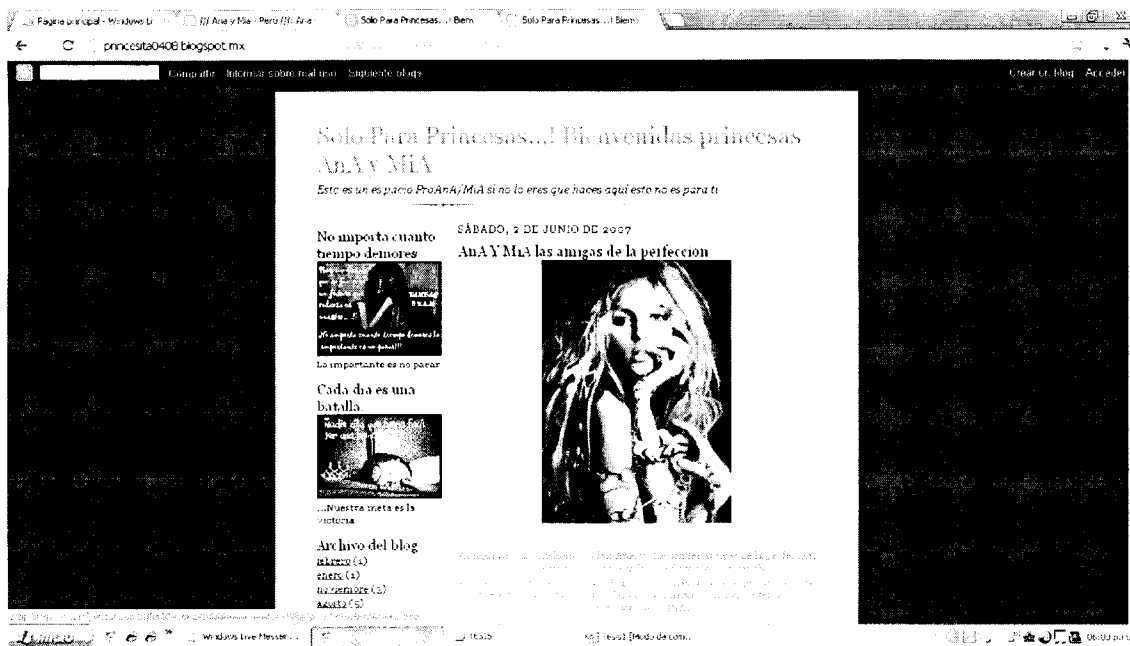
1. <http://amigasanaymia.blogspot.com/>



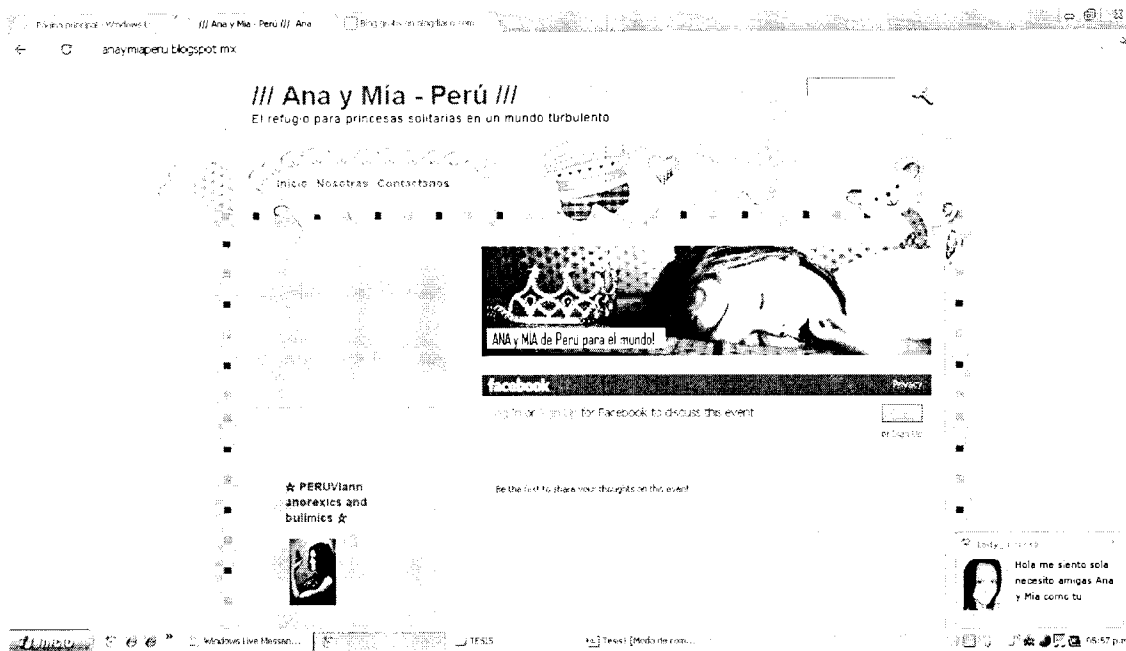
2. <http://yanisprincesita.blogdiario.com/>



3. <http://princesita0408.blogspot.mx/2007/06/ana-y-mia-las-amigas-de-la-perfeccion.htm>



4. <http://anaymiaperu.blogspot.com/2007/10/ana-y-mia-peruanas.html>



La estructura de estas páginas se define más o menos de la siguiente manera:

En el inicio de los blogs explican los motivos del por qué seguir siendo Ana o Mía o porque dejar de serlo. Hay toda una serie de consejos de dieta para bajar de peso, indican los alimentos que pueden comer, los que son prohibidos, un contador de calorías y cuánto deben pesar en relación con su estatura (siempre por debajo del Índice de Masa Corporal requerido). También publican consejos para engañar a las personas cercanas y hacerlas suponer que están comiendo. Comparten tácticas de castigo como el cortarse, pegarse en el estomago, arrancarse el cabello, etc.

Las narraciones dentro de estos espacios siempre mantienen una connotación despectiva respecto al cuerpo y la comida. Siempre que alguna joven escribe en una suerte de confesión que ha comido algo que no debía se denomina “gorda”, “cerda”, “mediocre” y todos los insultos que puede recordar y recordarle su falla, su falta de voluntad y control.

Muestran sin ningún pudor todos los métodos compensatorios y de purga como vómito, laxantes, pastillas para adelgazar como la sibutramina (medicamentos utilizados en el tratamiento para la obesidad), ejercicio, así como la “manera correcta” de llevar a cabo estas estrategias.

Existe una sección que se llama *thinspiration* conformada por imágenes de famosas cuyo peso es muy bajo y que estas jóvenes han utilizado como referencia y modelo a seguir; entre estas figuras del medio artístico encontramos Lindsay Lohan, las hermanas Olsen, Paris Hilton, Keira Knightley y Nicole Richie.

Otra sección es la denominada *wannabes* en la que la propietaria advierte a las jóvenes que visitan la página que ser Ana o Mía no es un juego, que existen riesgos físicos graves y aconsejan ir al médico o al psicólogo en caso de presentar anorexia o bulimia.

También aparecen secciones donde explican desde la medicina y/o psiquiatría los signos y síntomas de la anorexia y bulimia así como las enfermedades físicas que se desencadenan.

Cada página de internet posee las secciones antes mencionadas y los contenidos son los mismos, sin embargo, cada autora se da a la tarea de escribir un *diario* en el que Ana o Mía escribe (utilizando un pseudónimo “princes”). En él, describe su día, su falta de voluntad si es que comió algo que no debía, escribe acerca de su soledad, de su vínculo con los otros, del dolor pero de la importancia de seguir siendo Ana o Mía a pesar del sufrimiento que llevan cargando. Este apartado fue el que me pareció más interesante en cuanto mostraba la diferencia entre una joven y otra compartiendo parte de su historia y de sus afectos.

A través de la inmersión a este campo virtual dimos cuenta que estas páginas han producido una comunidad (virtual) a través de la identidad Ana y Mía. También funciona como chats en las que las jóvenes intercambian sus correos electrónicos para tener una comunicación más cercana hasta hablarse por teléfono o conocerse.

Si bien este tipo de espacios crean formas discursivas alternativas al saber médico psiquiátrico (pero muy ligadas a la exigencia de belleza y juventud que encontramos en la actualidad) no podemos negar la relación inherente que mantienen con él en cuanto son subjetividades enmarcadas en ciertas prácticas y discursos sobre lo que es “la anorexia y la bulimia” (sólo se es Ana o Mía en cuanto existe la anorexia y la bulimia desde el discurso médico-psiquiátrico). No obstante, es nuestro interés en primera instancia conocer las narraciones que ahí se producen y que denotan una subjetividad con diferentes y complejos procesos de identificación, agresión e idealización.

Otro propósito es resaltar su carácter colectivo y en tanto tal no sólo la conformación de una identidad sino la producción de vínculos específicos entre sus creadoras, lo que conllevaría significaciones compartidas para aludir a su experiencia

La tarea metodológica consistió hasta ese momento en identificar la estructura de los blogs, las secciones y el contenido de cada una de ellas así como recuperar las narraciones compartidas en el diario de estas jóvenes.

El relato metodológico

Una vez que terminamos de coleccionar el material de campo y sistematizarlo nos dimos a la tarea de construir categorías adecuadas para su análisis. En el transcurso incurrimos en diversos errores metodológicos. El primero de ellos es que ante la inminencia e incertidumbre del campo emergieron diversas preguntas de investigación sin poder definir una que nos posibilitara una comprensión amplia del terreno. En ese momento pensábamos que el dispositivo de internamiento era un mecanismo cerrado sobre sí mismo y nuestra pregunta sólo contemplaba la identificación de las prácticas discursivas. En consecuencia afloraban afectos e imaginarios cambiando nuestra posición ética y política frente al terreno coartando nuestra lectura. Fue un momento decisivo poder plantear una sola pregunta que pudiera permitirnos cierta movilidad en las respuestas que podríamos darle y conjuntar diversos fenómenos observados dentro de este.

Entendimos que nuestro campo eran los dispositivos que rehabilitaban la anorexia y bulimia y que éstas últimas no eran en sí mismas objetos teóricos (sólo existen a partir de otros saberes ya formalizados que las enmarcan dependiendo diversas funciones enunciativas). Por ejemplo, desde el discurso médico-psiquiátrico, la anorexia y la bulimia se conciben como Trastornos de la Conducta Alimentaria (DSM-IV:2002) identificados y encuadrados en una sintomatología específica, como tal, la noción de trastorno nos conduciría a pensar sólo en las conductas “irregulares” que mantiene una persona respecto a su forma de comer y una cuestión de “normalidad” en el comportamiento.

Desde la visión psicosocial más convencional la anorexia y la bulimia se han conformado como una enfermedad que afecta las distintas esferas del individuo que la padece (social, familiar, educativo, entre otros). Es decir, no sólo tiene que ver con anomalías en la conducta alimentaria sino que estos comportamientos afectarán negativamente al individuo en otras áreas de su vida.

Por último, diversas posturas psicoanalíticas sostienen que la anorexia y la bulimia son síntomas y desde esta postura no existe como tal sino siempre *remite a otra cosa* (Assoun, 2006:89). Todo síntoma desde la teoría psicoanalítica mantiene dos dimensiones: está el signo, lo que “se deja ver” (atracones, restricciones y vómitos), pero también está la cuestión significativa (Baravalle, 1993), es decir, que la anorexia y la bulimia sostienen “algo más” que el individuo ignora sobre sí mismo, o en sus propios términos que “no sabe y que no quiere saber sobre sí mismo”. A pesar que mi formación clínica se inclina más por una comprensión psicoanalítica de la anorexia y la bulimia fue necesario tomar distancia para poder trabajar una cuestión más cercana a lo social.

Estas tres maneras de formalizar que encontramos en la actualidad nos muestran la imposibilidad y la dificultad de responder qué es la anorexia y la bulimia. Más aún, si nosotros tomamos cualquiera de estas conceptualizaciones como categoría analítica nos llevaría a dos caminos sin salida: a refrendar y apoyar cualquiera de estas nociones sólo expandiendo los horizontes de saber que cada disciplina ha construido, o en el segundo caso, a hacer una crítica a cualquiera de ellos y afirmar cualquiera de los restantes como el “más próximo” a responder por la anorexia y la bulimia. Esto nos llevo a pensar que cada uno de estos saberes no sólo construyen formas de intervenir al momento en que conforman su objeto sino que aquello que producen a través de su saber y sus prácticas es una “experiencia” en los sujetos que son clasificados o nominados como tales y que sus intervenciones para “curar” o “normalizar” (según sea el caso) responderán a su propia formalización.

Así, hicimos un replanteamiento del problema de investigación otorgándole una posición privilegiada a la noción de experiencia:

¿Qué elementos constituyen la experiencia de la anorexia y bulimia entre jóvenes? el caso de un dispositivo de internamiento terapéutico y los blogs pro-Ana y Mía.

Al formular las categorías analíticas y darle un lugar privilegiado a la noción de experiencia (lo que nos permitió alejarnos de una construcción formalizada y tautológica de la anorexia y la bulimia) pudimos dar cuenta que este concepto era un objeto teórico que contenía diversas categorías que nos ayudarían a analizar los diversos fenómenos que observamos en el campo.

Es necesario hacer notar en este punto que a través del análisis del material observamos que *el cuerpo* es un referente imprescindible en la experiencia producida en cualquiera de los dos terrenos. La insatisfacción en la imagen corporal y el exceso (por un lado) y falta de vínculo que estas jóvenes mantienen con su propio cuerpo es lo que articula el malestar que padecen. Si la restricción, la purga y la compensación aparecen sólo es en relación directa con una preocupación exacerbada por el cuerpo, más tarde esto tomará diferentes matices hasta formalizarse en distintas prácticas en las que se anuda la falta de alimento (en el caso de la joven con anorexia) o el exceso del mismo (los atracones en el caso de la bulimia).

El cuerpo queda ubicado como el agente principal que anuda la sintomatología de dichos malestares y la materia en la que recaerán las múltiples fuerzas. Sin embargo, debemos recordar que es el mismo cuerpo de estas jóvenes el que nos anuncia que no todo él es anorexia-bulimia sino que funciona como lugar de inscripción y espacio de batalla de múltiples fuerzas que emergen de él y que en su misma complejidad no todo él puede ser visto, pensado y hablado. El cuerpo anoréxico-bulímico es un cuerpo que ante la delgadez extrema con la que se presenta siempre es descrito como “gordo”, un cuerpo que a pesar de estar muriendo resiste los efectos de la falta de alimento, el vómito y el atracón.

Nos enfrentamos ante diferentes narraciones del cuerpo (en su mayoría despectivas) que vienen de una imagen que aparece en el espejo pero que en la “realidad” es un cuerpo débil, en descomposición y que está muriendo. Ya Foucault (2008:31) nos señalaba que todo dispositivo tiene como fin último el cuerpo, que todo poder en última instancia es físico y recae sobre él. Así, la relación que se establece entre los dispositivos y el cuerpo es compleja pero esencial para la investigación.

Otro equivoco que apareció mientras tratábamos de dar forma a este trabajo fue confundir las categorías analíticas en temáticas de nuestro interés lo que ponía en riesgo la continuidad de nuestro trabajo convirtiéndolo en diversos artículos separados entre sí. Teníamos que encontrar categorías que fueran operativas en dos campos diversos aunque los resultados fueran distintos y que estas tuvieran relación unas con otras a partir de un objeto teórico pertinente. Foucault nos dio la respuesta, por un lado identificar las prácticas discursivas, las relaciones de poder y cómo estas influían en la relación de estas jóvenes consigo mismas, esto sería nuestro punto de partida. Pero conforme ocurría el tiempo de escritura e interpretación dimos cuenta que no podíamos pensar nuestros materiales con las mismas categorías analíticas porque respondían a producciones que si bien compartían un mismo origen tenían procesos y fines totalmente diferentes. Al final de la construcción interpretativa decidimos utilizar aquellas categorías analíticas que pudieran compartirse pero también utilizar otras dependiendo la especificidad del material que teníamos.

No podemos dejar de puntualizar que la noción “experiencia” nos señala dos lugares distintos y que, sin embargo, funciona como bisagra: nos enuncia que existe una experiencia que es producida por un dispositivo que se construye a partir de campos de saber, tipos de normatividad y la conformación de una subjetividad (García, 2010: 23) pero también encontramos las narraciones que tienen estos sujetos sobre su experiencia que conlleva los campos antes mencionados pero también la respuesta ante esta experiencia desde su propia singularidad. Sostenemos que si la experiencia no es cerrada sobre sí misma es en la medida en que hay sujetos singulares enmarcados en su diferencia por su historia de vida y su estructura.

Entonces habría que señalar algunos límites que hemos observado en la metodología producida por este pensador francés y que será necesario tomar en cuenta dentro de este trabajo. El punto de visión en el que se establece la mirada de Foucault es desde el documento, el archivo, no por ello sus construcción son menos válidas pero si nos apuntala que lo que pudo observar son observaciones, experiencias ya mediadas, sistematizadas y formalizadas por los saberes y las relaciones de poder desde cierto campo productor de experiencia (hospitales psiquiátricos, cárceles, etc.) sin la posibilidad de identificar posibles trastocamientos en los sentidos y en las prácticas de los dispositivos que denuncia.

Más adelante Foucault hablará de “resistencia” como *la capacidad de todo individuo de enfrentar el ejercicio del poder, de intentar salirse del juego, escabullirse o de hacerle trampas* (Ibíd. 41), no obstante, habría que poner en cuestión si el sujeto “se resiste” o “trastoca” o “inventa” o “ qué hace” en el transcurrir por el saber y el poder. De Certeau (2010:XLIV) sostendrá en discusión con Foucault que si bien los dispositivos disciplinarios extienden una cuadrícula de vigilancia en la que se ejerce una microfísica del poder es imprescindible saber que los sujetos no son reductibles a ella y que también existen “procedimientos minúsculos y cotidianos” que juegan con las prácticas y los discursos: *estas “maneras de hacer” constituyen las mil prácticas a través de las cuales los usuarios se reapropian del espacio organizado por los técnicos de la producción sociocultural.*

Otro límite, si lo que Foucault erige como experiencia está enmarcado en campos de saber, relaciones de poder y campos normativos en los que el sujeto construye una relación consigo mismo, en este caso dentro de los dispositivos de internamiento, nos conduce a una imagen en la que el sujeto es marcado por diversas líneas de fuerzas cuyo origen no es siempre claro pero que denotan una verticalidad. Tal vez sugiere que existe una lógica deductiva (trataremos de profundizar este aspecto cuando trabajemos la noción de dispositivo) en la que en ocasiones le es difícil desmarcarse. Si bien no desmentimos que estas fuerzas marcan el cuerpo del sujeto eso no implica que lo producen en su totalidad en tanto que el cuerpo del sujeto también cuenta con sus propias fuerzas y propiedades. Si la experiencia que producen los dispositivos no es completa es porque hay una falla estructural y porque el sujeto es una singularidad y como tal sólo puede responder a la misma desde la diferencia entre un sujeto y otro.

Pero existe un tercer momento en el pensamiento de Foucault conformado por lo que él denomina *Estética de la existencia* (2011) en la que privilegia la manera en que el sujeto participa de manera activa en su transformación. A pesar de que esta tesis tomará esta propuesta como base para algunas argumentaciones es necesario indicar que no estamos totalmente de acuerdo en el planteamiento de Foucault, esto será aclarado en su momento.

Lo que podría ser tomado como un límite en la obra de Foucault es lo que nos permite el dialogo con otros pensadores y disciplinas abriendo la posibilidad de complejizar el campo y dar lecturas adicionales a lo ya señalado por él. Tal es el caso de Slavoj Zizek quien retoma las formalizaciones lacanianas para dar lecturas a objetos del campo de lo social, también la noción de interpelación propuesta por Louis Althusser y por supuesto la dimensión inconsciente develada por Sigmund Freud, entre otros.

Así, categorías analíticas como dimensión ética, prácticas de sí, tecnologías del yo podrán ser releídas si así lo permite el campo desde diversas formalizaciones haciendo el trabajo investigativo más rico y complejo en forma y contenido. Si existen diversas propuestas para leer el campo, desde la hermenéutica, la deconstrucción o incluso la postura psicoanalítica lacaniana es porque cada una de ellas apunta el límite de la otra. Será el mismo terreno el que nos vaya indicando el límite de la categoría y la puesta en escena de una nueva formalización.

Debido a los contrastes encontrados en los dos campos se tomaron decisiones acerca de lo que se iba a trabajar en cada uno de ellos. Pudimos observar que los dispositivos de internamiento terapéutico tienen todas las características planteadas por Michel Foucault (2008b) acerca de los *Dispositivos disciplinarios* y el aporte de Irving Goffman respecto a la noción de *Institución Total* (2009) por lo que decidimos analizar y darle prioridad a la cuestión de la enfermedad como signifiante (propuesta más cercana a Zizek). Quisimos hacerlo de esta forma ya que más allá de esta propuesta no hemos encontrado alguna construcción original.

El otro campo fue más rico en forma y abrió más posibilidades de interpretación y análisis por lo que la construcción teórica es más extensa. Las páginas Ana y Mía se inscriben como nuevas formas narrativas, nuevas tecnologías del yo y abren un horizonte de investigación

que los investigadores en ciencias sociales no habíamos encontrado aún. Estas páginas desde mi perspectiva se alejan y trastocan los sentidos de los dispositivos para encontrar sus propias “maneras de hacer” (De Certeau, 2010). Es un campo más rico para dilucidar nuevos procesos subjetivos tanto individuales como colectivos.

Como conclusión podemos afirmar que el estudio empírico de diversos procesos subjetivos y/o sociales exige al investigador que regresa del terreno realizar un trabajo ético de análisis, interpretación y conformación teórica de su objeto de estudio. Si bien cada disciplina ha desarrollado una cierta metodología para llevar a cabo un análisis del material obtenido esto nos empuja a no dar por sentado un único sentido sino entender las categorías analíticas como posibles lecturas de los acontecimientos observados en el campo. Las categorías analíticas tienen que ser operativas, operar ellas dentro del campo porque es el mismo terreno el que nos guía en su elección.

4.- Experiencia

Cuando Comer es un Infierno

Pienso en las mujeres de siglos pasados que ingerían vinagre para cultivar su palidez y sus ojeras, en las que se daban fricciones con mercurio, o las que se depilaban la mitad de la frente para alargar de manera interesante sus facciones y mostrar la delicada curva del cráneo.

Pienso en las deformidades y dolores que causaban los corsés, en la falta de oxígeno y en la pesadez de arrastrar un miriñaque.

Pienso en los pies vendados de las mujeres chinas, en los collares que alargan y descoyuntan el cuello y en los tatuajes rituales de algunas tribus africanas.

Pienso en las grandes bellezas de la historia, y en cómo siempre existía algo que las convertía en mujeres peculiares, fuera su inteligencia, su ambición o su destino trágico.

Pienso en las barbaridades cometidas en nombre de la belleza, la virginidad o el papel de la mujer, y ninguna me parece más extrema, más dolorosa y grave que la actual obsesión por la delgadez y la juventud.

Freire Espido

Hacernos con las palabras, conformación de discursos y atravesarlos con el cuerpo. Esta es la apuesta de un trabajo de escritura que tratará de bordear la anorexia y la bulimia como *experiencias* específicas entre ciertos sujetos que son denominados como tales y que se enmarcan en una época histórica, política y social específica.

Para comenzar cabría recordar la pregunta que acompañó a Michel Foucault en la producción de su obra: cómo liberar el pensamiento de sí mismo para que poder pensar de otro modo (2011:15). Así introduce un trabajo “histórico” sin historiador, una genealogía que no se pregunta por la ideología o las representaciones del pensamiento, por los comportamientos ni por los conceptos que comandan a los individuos en un tiempo determinado. Un trabajo así supondría la construcción de un objeto a partir de la mismidad, el peligro de interpretar el pasado sin respetar la distancia histórica y los horizontes de pensamientos que marcaron las prácticas y los discursos.

Más allá del trabajo histórico sin historiador, las operaciones de pensamiento tratarían de producir la diferencia (y esto atañe a nuestra investigación) que no sólo tiene que ver con el pasado como otredad indecible o determinada sino una diferencia que inscriben los sujetos y su tiempo que nos permite la producción de nuevas maneras de conceptualizar, formalizaciones nuevas que puedan aparecer como pequeños quiebres y/o rupturas de los “juegos de verdad” que dan sentido a nuestra época.

Lo que plantea Michel Foucault junto con otros pensadores de su tiempo, entre ellos Michel De Certeau, Jaques Derrida y Jacques Lacan, es una denuncia, se cuestionan los límites de la representación y la imposibilidad de pensar lo Otro y al otro. Invitan a sus lectores a transitar por los márgenes y los límites del pensamiento produciendo nuevas formalizaciones que no son sin la rigurosidad de las operaciones que conlleva.

Podemos decir entonces que aquello que introduce Foucault no son conceptos sino funciones, categorías analíticas que operan y como tal producen quiebres, es decir, hace el salto de la pregunta por los sentidos que organizan una sociedad (lo que en diversos momentos ha llevado a una sobrehermeneutización) a la manera en que el *ser humano* “problematiza” *lo que es, lo que hace y el mundo en el que vive*, lo que él denominará *Artes de existencia* que son aquellas *prácticas sensatas y voluntarias por las que los*

hombres no sólo se fijan reglas de conducta, sino que buscan transformarse asimismos, modificarse en su ser singular y hacer de su vida una obra que presenta ciertos valores estéticos y responde a ciertos valores de estilo (Ibíd. 16).

Pero estas prácticas, estas formas de transformarse a uno mismo sólo pueden tener efecto por medio de la experiencia de los sujetos que se produce en el atravesamiento por campos de saber y las relaciones de poder conjuntamente con los marcos normativos a los que el ser humano se encuentra sujeto. Todos ellos conformaran lo que él denomina “experiencia.” (Ibíd.10)

Esta propuesta vino a señalar dentro de nuestra investigación el riesgo de construir la anorexia y la bulimia como objetos teóricos desde un campo del saber (sea este médico, psiquiátrico, terapéutico o incluso psicoanalítico) lo que más adelante nos conduciría a hacer interpretaciones a partir de los sentidos ya dados por estas disciplinas negando o ignorando el habla de los sujetos. Si una investigación adquiere o deviene un trabajo de producción es porque las categorías a construir permiten un análisis entre el material, la experiencia del investigador y los referentes teóricos a utilizar. Creímos pertinente utilizar la noción de experiencia gracias a que permite rescatar la anorexia y la bulimia de cierta inercia clasificatoria “patologizante” y admite desplazamientos menos penosos y forzados por otros campos del saber otorgándole un lugar a lo que los sujetos van construyendo en la relación con este malestar.

Sería entonces imprescindible descomponer esta noción a sus elementos para vislumbrar cómo estos campos se juegan en nuestro objeto de estudio:

1) Las prácticas discursivas que articulan el saber

Esta noción de *práctica discursiva* implica que el discurso es en sí mismo una práctica y como tal se enmarca en campos de normatividad manteniendo cierta especificidad en el campo en el que tienen lugar. Existe una clara separación entre lo que el sujeto puede enunciar como un deseo, una expresión o una idea y la practica discursiva que comprende *un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio...para un área social, económica, geográfica o lingüística dada* (Foucault, 2010:

154). Un discurso estará conformado por una serie de enunciados que comparten la misma formación discursiva dentro de la misma “condición de experiencia” (Ibíd. 153), de esta manera, podríamos hablar de diferentes discursos como el médico-psiquiátrico, jurídico o clínico que estarán presentes dentro de nuestra investigación, moviéndose, contrapunteándose o aún correlacionándose.

Pero cada discurso cuenta con unidades elementales que se les llamará enunciados los cuales son un conjunto de signos que cumplen una función (enunciativa) dentro del campo en el que son dichos. La función enunciativa nunca es libre sino que está en relación directa con otros enunciados lo que implica que pueden aparecer enunciados de diferente naturaleza, discontinuos entre sí y dispersos en el tiempo pero que al ser referidos a un mismo objeto pueden encontrarse en conexión.

Por ejemplo, la noción de “enfermedad mental” no sólo es utilizada en el campo médico sino que lo jurídico lo ha retomado para ayudar en la legitimación de su práctica a partir de la utilización de exámenes psicológicos que den noticia de desequilibrio emocional o mental de la personalidad del individuo. Los resultados de dichos exámenes serán esenciales al momento de la condena (ya sea para reducir el tiempo o para ampliarlo, aún para clasificar al delincuente dependiendo su nivel de peligrosidad).

En el caso de nuestra investigación la noción médica-psiquiátrica de enfermedad mental jugará un papel imprescindible al momento de producir diagnósticos, formas de intervención terapéutica y la manera en que la anorexia y la bulimia serán conceptualizadas.

No obstante, el uso de estas nociones no es independiente de los terrenos en los que son utilizadas sino que mantienen “reglas de formación” que consolidan las condiciones a las que están sometidas dichas enunciaciones. Es una regularidad constituida por un ordenamiento, posiciones de funcionamiento, transformaciones, correlaciones entre sí, etc.

Por último, es de vital importancia señalar que estas prácticas discursivas en tanto tales tienen una materialidad, un soporte, un lugar y una fecha. Foucault (Ibíd. 135) puntualizará que este régimen de materialidad obedece a un orden institucional más que a una localización espacio-temporal, esto es lo que permite la posibilidad de transcripción, de

reinscripción y repetición. Es así como un enunciado sólo está en función de una serie de enunciados cumpliendo cada uno de ellos una función específica dentro de la institución; es decir, “la enfermedad mental” dentro de las páginas de internet Pro Ana y Mía o dentro de la clínica mantendrán connotaciones distintas a pesar de hablar del mismo objeto teórico gracias a que el espacio al que se inscribe difiere en sus prácticas, en su normatividad y en los objetivos que persiguen.

2) Las relaciones múltiples, las estrategias y las técnicas racionales que articulan el ejercicio del poder.

Hablar acerca del poder conlleva en ocasiones serias malinterpretaciones, se le ha asociado con la dominación y la violencia a pesar de todos los esfuerzos que Foucault llevo a cabo por desligarlo de estas nociones que hablan más de un sometimiento del otro y no de lo que su problematización planteaba. Para este pensador francés el poder implica siempre una relación en la que al menos existen dos sujetos, cada uno de ellos con la posibilidad de decidir. El poder es una relación en la que se intenta decidir sobre la acción de otro, con lo cual no sólo reprime o prohíbe sino que induce, seduce, facilita, controla y amplía las relaciones de unos con otros (García: 2010:37). Si el poder usa la violencia entonces la relación que se establece con el otro se rompe, llega a su propio límite al imposibilitar la decisión del segundo convirtiéndose en coacción física pura. Esto nos lleva a confirmar que las relaciones del poder siempre conllevan el reconocimiento del primero por el segundo y viceversa.

A través de su obra Foucault (2008: 10-12) postulará las siguientes aristas del poder sin las cuales el poder deja de ser lo que es:

- a) El poder se ejerce. Lo que implica que no es una propiedad y nadie es dueño de él, como tal sus efectos son atribuibles a un dispositivo manifestándose de manera diferente en cada uno de sus actores. Con dispositivo nos referimos a esa “madeja” u “ovillo” (Deleuze, 1990) que distribuye el tiempo y el espacio para que sus actores cumplan funciones específicas.

- b) Para entender el poder habrá que pasar de la noción de Institución a la microfísica del poder. Esto significa que dentro de la Institución no será la regularidad y la normatividad las que permitan la vehiculización del poder, muy al contrario, serán las discontinuidades y desequilibrios del poder lo que permitirá el funcionamiento de un dispositivo: el poder es una fuerza variable en intensidad y en dirección.
- c) Abandonar la lógica piramidal en la que el poder se ejerce de manera vertical y descendente. El poder se encuentra en un espacio serial en el que no existe centro y cuyos segmentos no pueden convertirse en una totalidad.
- d) El poder no funciona por medio de mecanismos de represión o ideología, estas serán tomadas como estrategias que no están en su fundamento, como tal, el poder produce una transformación técnica en los individuos. Sin embargo, dentro de nuestra investigación será imprescindible tomar en cuenta los aportes realizados por Althusser (2005:52) en cuanto a la ideología y de esta manera redimensionar los efectos del poder poniendo en relieve que no se puede pensar el poder sin la condición en que *un individuo representa una relación imaginaria de sus condiciones de existencia*.

Estos postulados que Foucault irá desarrollando a través de su obra nos son imprescindibles si queremos entrever cómo es que estos ejercicios de poder tienen un impacto en la subjetividad del sujeto. También es un intento de desmitificar la noción del poder, ya tan desgastada a través del tiempo, haciendo hincapié en que si el poder y el saber en tanto prácticas discursivas tienen movimiento y efecto es gracias a las discontinuidades e irregularidades que existen dentro de los dispositivos. Es gracias a la ambigüedad de los discursos y a la contradicción de las prácticas que estas pueden mantenerse, entramarse y correlacionarse unas con otras moviéndose en distintos campos normativos para que el sujeto pueda sujetarse a ellas.

- 3) Las formas o modalidades de la relación del sujeto consigo mismo por las que se constituye y se reconoce como tal.

La relación intrínseca entre prácticas discursivas y ejercicios de poder posibilitarán en el sujeto una relación consigo mismo a través de una experiencia que se va creando a partir de los puntos señalados. Estas prácticas y estos discursos influirán en la constitución del individuo y en la manera en que se reconocerá como tal. Regresando a la introducción de este capítulo se le conoce como *artes de existencia* las cuales estarán conformadas por la manera *en que el individuo busca transformarse a sí mismo, modificarse en su ser singular y hacer de su vida una obra que presenta ciertos valores estéticos* (Óp. Cit.17).

Las artes de existencia estarán constituidas por un código que delimitará ciertas prácticas y discursos a través de un modo de sujeción que conlleva un trabajo ético consigo mismo.

Más adelante profundizaremos dichas nociones que serán las categorías analíticas de esta investigación por lo que en este apartado sólo nos reservamos el derecho a nombrarlas.

Hasta este punto hemos tratado de descomponer en sus elementos la noción de experiencia que Foucault propone a inicios de los años 80's una vez que el recorrido por la arqueología del saber y la genealogía del poder le habían permitido trabajar la cuestión del sujeto, en el primer caso como un discurso y como producto del mismo y en el segundo, como un sujeto sujetado a diferentes dispositivos en su mayoría de disciplinamiento. Estos dos puntos desembocan en un tercer desplazamiento en el que intenta ver de qué manera este sujeto transforma la relación consigo mismo de manera activa.

Si pensamos nuestro objeto de estudio, -la anorexia y la bulimia como experiencia que se produce o se vacía en dos espacios distintos (el dispositivo de internamiento terapéutico y las páginas pro Ana y Mía) -daremos cuenta que cada experiencia está conformada por los elementos antes mencionados por Michel Foucault; del lado de las prácticas discursivas que articulan el saber encontramos el discurso médico-psiquiátrico y junto a él los discursos que giran alrededor de la belleza y la salud que impactan y atraviesan la relación de estas jóvenes con su cuerpo, desde el segundo punto vemos que ellos tienen un espacio en el que se comparten estas prácticas discursivas y que se ejercen mediante relaciones de poder entre los actores que mantienen diversas posiciones en un espacio particularmente distribuido (la clínica y las páginas de internet) para cumplir funciones diversas. Esto creará las condiciones para transformar las relaciones de las jóvenes consigo mismas a partir de la

producción de una dimensión ética que determinará su comportamiento, su habla y la manera de conducirse en esta época. Es imprescindible hacer notar que la relación entre estos tres elementos (saber-poder-subjetividad) no pueden entenderse de manera individual, sino es en su entrecruzamiento, en lo que de una hay en la otra y viceversa que se puede constituir una experiencia.

4.1 La experiencia límite

Sin embargo, valdría la pena pensar en otra posibilidad que no es ajena a la que proponemos. Años antes de formalizar esta noción de experiencia Foucault hablará de una “experiencia límite” la cual tiene como base la transgresión de los límites de la cultura a la vez que los marca, una experiencia que cumple la función del afuera (O’Leary, 2009:78).

La primera de ellas nos la muestra la locura, la “stultifera navis” (Foucault, 1967) condenaba a aquellos que eran considerados locos al final de la Edad Media a una vida errante y a un viaje interminable por la infinitud del mar. Los locos marcaban así el límite de la razón a la vez que inscribían la forma de pensamiento, señalaban con su exclusión las formas de objetivación, de subjetivación y de coerción frente a aquellos que se consideraban sanos, constituían la imagen del doble en el espejo, aparición del sí mismo como otro sin posibilidad de simbolización, signo de la negación de la razón necesaria para afirmarla.

Siguiendo en el mismo tenor O’Leary (Ibíd.82) nos explica que en el año de 1980 Foucault extiende esta noción de *experiencia límite* valiéndose de las conceptualizaciones de Blanchot y Bataille al respecto y comenta que esta experiencia que recae sobre el sujeto lo divide de sí mismo y le impedirá seguir siendo como era.²

² “...limited experiences, which serve to “tear the subject away from itself” and ensure that the subject will not remain as it was before”

La experiencia desde ambos parámetros no puede ser pensada sino como una vivencia de “transformación”, enmarcada en un tiempo histórico determinado por prácticas y discursos que constituyen los *juegos de verdad* y que conllevan implícitamente una manera de relacionarse consigo mismo y, a la vez, como una vivencia que posibilita la división del sujeto, cambiando su forma de actuar y de pensar.

Nos podríamos preguntar entonces: ¿Qué hacemos actualmente con aquellos sujetos que cumplen la función del afuera, que aparecen como la otredad inasimilable por nosotros? Durante la Edad Media al leproso se le marginaba y se le excluía, más tarde al loco se le obligaba a subir a un barco dejándolo a la suerte del mar, durante la peste las ciudades eran sitiadas lo que permitía que la población fuera vigilada y observada la mayor parte del tiempo (Foucault, 2010) hasta que el siglo XIX da la bienvenida a la lógica disciplinaria en la que estos sujetos que encarnan la función del afuera, de límite, no son excluidos ni sitiados sino se crean espacios donde ellos son encerrados con el objetivo de “normalizarlos” lo que ahora podemos entender como “rehabilitación”.

Desde la anorexia y la bulimia podemos decir que aparecen como aquellas jóvenes que transgreden los discursos, el médico-psiquiátrico, el de la belleza y la salud a través de llevarlos al límite. El control sobre el cuerpo hasta querer reducirlo a la necesidad fisiológica, el control de la alimentación hasta comer “nada”. Estas jóvenes llevan la disciplina y el control fuera de los límites, crean un afuera a partir del interior, a través de lo que los discursos y prácticas actuales esperan de ellas: mujeres bellas, saludables y disciplinadas.

Si bien hemos entrado a la gramática de la biopolítica que supone una regulación y administración sobre los cuerpos y sobre la vida ahora *la muerte es su límite, el momento que no puede apresar se torna el punto más secreto de la existencia, el más privado* (Foucault, 2005:167). Son estas jóvenes, a partir de conducir el control al límite donde aparece la muerte como posibilidad de no sujetarse a esta lógica, de poder ser deseantes, de poder decidir sobre sí mismas y su propio cuerpo a través del juego que entablan con lo que su tiempo les exige.

Es por esta misma razón que los dispositivos disciplinarios no han desaparecido, necesitan restituir el control *en* estas jóvenes y *sobre* ellas creando una experiencia médica, una enfermedad que se le conoce como anorexia-bulimia. En contraste, ellas han tratado de conformar otra experiencia “El estilo de vida” a través de un medio masivo y virtual donde no dejan de lado estos discursos ni prácticas sino que lo toman para llevarlos al límite y crear otro tipo de “arte de existencia”.

El mundo actual invadido por las tecnologías que permiten la comunicación masiva e instantánea ha permitido la creación de espacios virtuales llamados “Páginas Pro Ana y Mía” que evidencian una especie de resistencia mal lograda del discurso médico-psiquiátrico, sitios web que serán parte de nuestro objeto de estudio.

Es necesario tratar de vislumbrar cómo malestares como la anorexia y la bulimia muestran los límites del control y la disciplina al merodear la muerte y, al mismo tiempo, son transformados en un tipo específico de experiencia que determinan las relaciones de estas jóvenes consigo mismas construyendo dimensiones éticas divergentes.

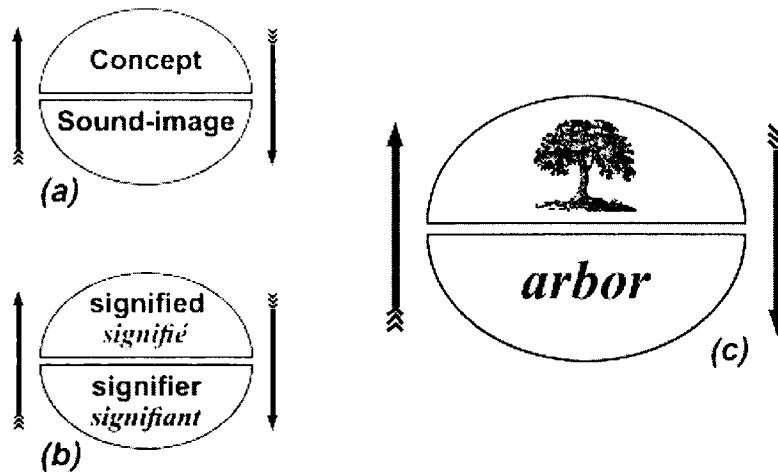
4.2 La experiencia y el punto de capitón.

No podríamos sino asumir que toda experiencia nunca lo es en su totalidad, es decir, no existe una experiencia anoréxica-bulímica ni Ana y Mía cuyo sujeto desde su singularidad no lo atraviese y sea al mismo tiempo atravesado por ella.

Si bien este trabajo de tesis versa sobre el supuesto que estos dos espacios (el dispositivo disciplinario y las páginas pro Ana y Mía) producen experiencias particulares a las que jóvenes con este malestar se inscriben, transformándolo y dotándolo de nuevos sentidos, no podemos pensar en la totalidad de la subjetivación no sólo porque la ortopedia que promueven tiene fallas sino que esta falla coincide con la falla del sujeto, es decir, se inscribe y responde a ella a partir de la diferencia de su propia subjetividad. Uno de los efectos de estas experiencias, tal vez la más determinante en todo el planteamiento

alrededor del cual gira esta investigación, es que ellas “se nombren” así mismas como Anamía o anoréxica-bulímica. Llamarse a sí mismas de esta manera es tratar que un significante que las nombra las defina y las signifique, tarea imposible si acudimos a la teoría psicoanalítica desarrollada por el francés Jacques Lacan que denuncia la relación imposible entre significante y significado.

Para tratar de analizar esta relación imaginaria entre significante y significado es necesario acudir al trabajo realizado por Ferdinand de Saussure en su *Curso de lingüística general* (1998:102-108) en el que propone que el signo lingüístico es una entidad psíquica conformada por el concepto (significado) y la imagen acústica (significante):

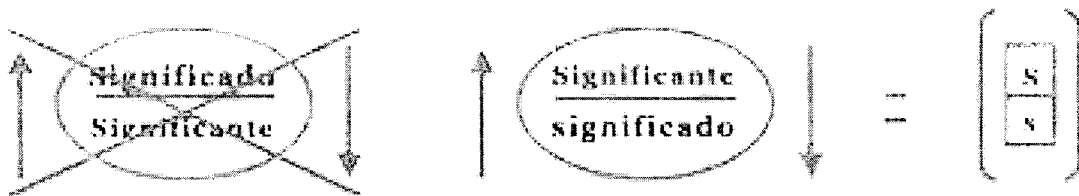


Saussure afirma que lo que caracteriza esta relación es que no es arbitraria, el significado y el significante están en una relación directa donde la primera define la segunda, si lo pensamos desde nuestro objeto de estudio, Saussure podría afirmar que existe una manera clara de definir lo que es la anorexia y/o la bulimia a partir de los significados que se le han adjudicado, sin embargo, vemos cómo el discurso médico-psiquiátrico se encontró con complejos problemas al tratar de dar una definición que dé cuenta de estos malestares que las definió en síntomas y signos como si se tratará de un mal orgánico y ante la imposibilidad de un sentido se le descompuso en conductas y comportamientos irregulares. Por ejemplo, a través del diagnóstico por medio de diversas entrevistas con estas jóvenes

observamos que nunca se cumplen en su totalidad los parámetros, nunca se es totalmente anoréxica ni totalmente bulímica. Esto llevo a la construcción de nosologías “de tipo no especificado”: diagnósticos que no cumplen lo esperado, caracterizados por su ambigüedad pero que desde el discurso médico deben tener cabida.

En cuanto a nuestro otro terreno, las páginas pro Ana-Mía que promueven un “estilo de vida” este nunca es claro o formalizado. Se puede pasar de Ana a Mía y viceversa, se puede ser “wannabe”, ellas son tomadas y escogidas por “Ana o mía” al mismo tiempo que pueden dejar de serlo sí así lo “desean”.

Esta relación imposible entre significante y significado fue pensada por el psicoanalista francés Jacques Lacan quien invierte el orden en el diagrama:



Lo que hace Lacan en un primer momento es cambiar el orden colocando al significante por encima del significado, en un segundo desplazamiento borra el elipse señalando que no existe un sentido último conformado por los dos componentes y finalmente, borra las líneas de direccionalidad indicando que no existe una relación directa entre los elementos (convirtiéndolo en la formula que aparece del lado derecho de la imagen). Así el significante no estará determinado por el significado sino en su relación con otros significantes lo que por momentos dará efectos de sentido haciendo hincapié que éste último nunca es fijo, el sentido así es evanescente, cambiante.³

³ Este modelo le sirve a Lacan para pensar la cuestión del sujeto llegando a desligarse totalmente de la postura Saussureana al afirmar que el significante representa al sujeto para otro significante

La intención es dejar claro que, como lo habíamos sostenido desde el principio, no existe un sentido último y definitivo para pensar la anorexia y la bulimia como tampoco lo habrá para pensar una experiencia cerrada sobre sí misma y totalmente producida debido al efecto de los significantes que entrarán en juego en la determinación de la misma. Con ello y desde Lacan, nos separamos de todo principio de identidad en la que una experiencia anoréxico-bulimia desde cierto dispositivo equivale a ciertas prácticas y discursos para tratar de identificar los movimientos subjetivos a los que da lugar, esto sin negar la materialidad y el efecto de lo planteado anteriormente sino tratando de crear los puentes pertinentes entre unas y otras.

Con esta pequeña reseña teórica quisiera trabajar un párrafo del libro de Slavoj Žižek en *El sublime objeto de la ideología* (2010:138) que nos ayudará a complejizar la cuestión de la experiencia:

“...el único modo en que la experiencia de una realidad histórica determinada puede lograr su unidad es mediante la instancia de un significante, mediante la referencia de un significante “puro”. No es el objeto real el que garantiza, como punto de referencia, la unidad y la identidad de una determinada experiencia ideológica-al contrario, es la referencia a un significante “puro” la que confiere unidad e identidad a nuestra experiencia de la realización histórica. La realidad histórica está, por supuesto, siempre simbolizada; el modo en que la vivimos está siempre mediado por diferentes modos de simbolización: todo lo que Lacan agrega a esta sabiduría es el hecho de que la unidad de una “experiencia de significado” siendo ella misma el horizonte de un campo ideológico de significado, se apoya en algún “significante sin el significado” “puro” y sin sentido.”

siendo el sujeto en tanto efecto del significante gestor en la relación entre más significantes, eso se trabajara en el momento que sea adecuado hacerlo.

A lo que apunta Žižek siguiendo a Lacan es la importancia de los significantes como organizadores dentro de una experiencia que se enmarca en un tiempo histórico. Sin embargo, dentro de esta red interminable de significantes encontramos aquellos que por su posicionamiento dentro de la cadena mantendrán una capacidad diferente frente a otros. Es lo que este filósofo llama *significantes puros* o *punto de capitón* en palabras de Lacan, que es aquel significante que cumple la función de punto nodal alrededor del cual otros significantes girarán. Como habíamos notado antes, no quiere decir que esta palabra (en su dimensión significante) mantenga un significado preciso que le permita la organización a los demás, al contrario, es gracias a que carece de él en origen que puede unificar diversos campos.

Anteriormente habíamos sostenido con Foucault que gracias a la ambigüedad y la discontinuidad de las prácticas discursivas relacionadas a un mismo objeto estas se pueden mover en distintos campos de saber, encontrar relaciones entre sí y convivir. La diferencia con Žižek radica en que para él no existe el objeto en sí mismo sino un significante que gracias a que no responde a un objeto puede organizar diversas formaciones de sentido, *unifica un campo de sentido* (Ibíd. 136). Es una palabra en la que los distintos saberes se ven reflejados y creen que su práctica es pertinente.

Podemos pensar, por ejemplo, en los dispositivos multidisciplinares que se han creado para la rehabilitación de la anorexia y la bulimia. A pesar que metodológicamente y epistemológicamente las disciplinas difieran entre sí pueden coexistir la nutrición, la medicina, la psiquiatría y aún el psicoanálisis en el mismo espacio porque la anorexia y la bulimia sin ser objetos en sí mismos unifican la práctica a pesar de que el lugar desde donde trabajan difiere enormemente uno de otro.

Pero ello nos deja a la deriva al entender que la anorexia y la bulimia son significantes vacíos, al no encontrar identidad entre lo que ellas son y las disciplinas que las intervienen, existe una brecha y un espacio irreductible entre los modos de simbolización, entre los discursos y las intervenciones y lo que se considera como anorexia y bulimia porque al final estos trabajarán con formas de dar sentido y de representar estos malestares; mientras

que existe en la anorexia y en la bulimia una dimensión que ni es representable ni simbolizable que escapará a las prácticas y a los discursos.

Para ilustrar esta imposibilidad Zizek nos propone pensar la postura antisemita frente a los judíos: para ellos, nos explica este filósofo, los “judíos” aparecen como un significante que posee diversas propiedades que son tomadas como verdad, los describen como intrigosos, codiciosos, envidiosos, etc. Entonces plantea la siguiente enunciación: “ellos son así (codiciosos, envidiosos e intrigosos) porque son judíos” y se pregunta qué pasaría si invierte la frase, es decir, “los judíos son codiciosos, envidiosos e intrigosos”. Frente a esta aparente tautología el lugar donde aparecen los significantes cambia el sentido, es decir, la segunda frase no mantiene el mismo sentido que la primera, esta última implica que éstas son características de un judío mientras que en la primera se sostiene que una persona es codiciosa, envidiosa e intrigosa porque es en sí misma judía. Lo que aparece entonces es una dimensión fantasmática respecto a la noción de judío en los antisemitas, lo que se inscribe entonces es una diferencia, *errores en la perspectiva* (Óp. Cit.137).

Afirmamos con ello que las disciplinas pueden convivir en un mismo dispositivo no por sus contigüidades sino por sus errores de perspectiva frente a la anorexia y la bulimia, si estas no son objetos en sí mismos, es en la capacidad de retroactividad donde encuentran su referencia, una referencia siempre ilusoria.

Volvemos a nuestro ejemplo a reserva que será trabajado con detenimiento en el capítulo adecuado. Una joven que está por ingresar al proceso de su internamiento se le diagnostica como anoréxica o bulímica, al comenzar su internamiento la anorexia o bulimia ya no está enmarcada en signos y síntomas sino se crea una noción de enfermedad desde la terapéutica, la referencia, el significante que une las diversas prácticas es la anorexia y la bulimia a pesar de que cada una epistemológicamente intervenga de manera diferente. El punto de referencia será el mismo, el diagnóstico a pesar de la divergencia entre los discursos y prácticas, el sentido de anorexia o bulimia como enfermedad se producirá retroactivamente una vez que la joven haya comenzado su proceso de curación.

Zizek dirá con esto que “el significante sin significado” será el componente necesario para todo vínculo social” (Ibíd. 133), sostendrá que la imposibilidad para significar es el “plus”,

el objeto a, que no es un objeto en sí mismo si no cumple esta función de objetivar un vacío, una discontinuidad mientras agujerea conocimientos cerrados permitiendo una convivencia y la ilusión de una relación entre sí.

Para concluir, la experiencia tal cual la formula Michel Foucault es imprescindible para nuestra investigación gracias a las aristas analíticas que propone, sin embargo, acudimos al psicoanálisis lacaniano como su Otro, esperando crear puentes, nuevas lecturas a lo que cada uno de ellos propuso, es un ir y venir entre los límites del pensamiento entre ambos, entre sus obras y entre sus propuestas que pensamos necesarias si queremos complejizar un fenómeno tan indecible como lo es en la actualidad la anorexia y la bulimia. Las puntualizaciones creadas en este apartado tomarán fuerza conforme se vaya transitando por los diversos capítulos, siempre tensando la discusión y el dialogo entre los autores que tomamos como pre-textos de lectura para una conformación interpretativa.

5.- Anorexia y bulimia: del origen religioso al malestar contemporáneo

5.1 Revisión historiográfica

La anorexia y la bulimia tal como las conocemos y las conceptualizamos hoy en día difieren enormemente de lo que podríamos situar en sus orígenes. Esto nos habla de cómo estas “enfermedades mentales” implicaban una experiencia totalmente diferente en las mujeres que la padecían siglos atrás, es más, no eran experiencias que estuvieran enmarcadas y producidas por el saber médico, al contrario, el ascetismo y la disciplina acompañaban lo que ahora conocemos como una “experiencia mística”.

Este apartado tiene la intención de hacer una lectura historiográfica de la anorexia y la bulimia con el propósito de analizar cómo se ha ido construyendo hasta nuestros días, sus transformaciones, sus quiebres y las discontinuidades en los procesos de pensamiento histórico-sociales.

A través de este pequeño recorrido entreveremos los elementos de la experiencia antes desarrollados (saber-poder y subjetividad) identificando sus movimientos ideológicos y con ellos los efectos en la subjetividad.

Si tratamos de hacer un pequeño resumen historiográfico acerca de lo que hoy se conoce como anorexia y bulimia damos cuenta que las conductas de atracción, purga y restricción se observaban desde la Edad Media- específicamente el período que comprende desde el siglo XII hasta el XVI- con las ya conocidas *Santas Anoréxicas*: mujeres ascéticas que dedicaban su vida a Dios a través de los más feroces sacrificios entre los que se encontraban las conductas antes mencionadas. La privación del alimento estaba revestido por los más coherentes argumentos religiosos, para ellas, dejar de comer, hacer del cuerpo materia controlada hasta tener el propósito de desaparecerlo manifestaba una afirmación del espíritu, así, la inedia de estas mujeres mostraba el insuperable antagonismo cuerpo-alma que observamos en el discurso religioso: el cuerpo está relacionado con la carne, el pecado y los instintos mientras que el espíritu es la promesa de inmortalidad, la cercanía a Dios y prueba de las virtudes en el hombre.

La santa anorexia aparece en un contexto de asentamiento y de conformación de grandes ciudades que se originaron a partir de las relaciones comerciales que se produjeron durante las cruzadas, frente a la aparente opulencia estas mujeres deciden llevar una vida piadosa con la esperanza de acercarse más a Dios; la mayoría de las mujeres de ese tiempo ingresarán a órdenes religiosas y otras que no tendrán esa posibilidad seguirán con sus oraciones desde sus hogares predicando la palabra del señor. (Hinojosa, 2009: 80-87)

Si nos detenemos un momento podemos ver que el punto más importante que marca la distancia histórica entre estas “santas” y nuestras “anoréxicas modernas” es que a la santa anoréxica no se le trataba como una enferma, no se le recluía con la intención de regular su conducta o se le expulsaba para deshacerse de ella, muchas ocasiones ni siquiera se le cuestionaba al respecto, muy al contrario, varias de estas mujeres fueron admiradas y santificadas, encarnaban el signo de la pureza y la fidelidad a Cristo.

La inedia de estas mujeres implicaba una gracia divina, la resistencia del cuerpo ante la desnutrición, las afecciones físicas y el dolor era interpretado como un designio divino: sólo aquellas que habían sido escogidas por Dios tenían la capacidad de aguantar tanto sufrimiento, su ascetismo era signo de admiración e identificación para mujeres más jóvenes. Tal es el caso de Santa María de Jesús o *La azucena de Aquino*, una joven ecuatoriana que en su niñez decide cumplir el mandato de Jesús: “Quien desee seguirme que se niegue así mismo”, los próximos años los transcurrirá bajo un régimen alimentario mínimo bajo la premisa: “Ayunaré sin comer toda la semana; los domingos comeré una onza. Y todos los días comenzaré con la gracia de Dios”. En una ocasión hubo un terremoto que ocasionó la muerte de una gran cantidad de personas y una epidemia, la santa en sus rezos se ofrece en sacrificio pidiéndole a Dios que permita la vida a un sacerdote, al poco tiempo cesaron los terremotos y la epidemia y, a los pocos meses, ella muere de inanición. Su muerte fue tomada como símbolo de salvación y unión entre el poblado (Ibíd. 107-117).

Abandonada la preeminencia del sistema religioso, siglos más tarde, se da la bienvenida a la lógica de la razón y la ética de las luces, a través de la emergencia de las disciplinas como la médico-psiquiátrica con Pinel y Esquirol y la presentación de su *Traité médico-philosophique sur la aliénation mentale*; así como la conformación de asilos que pretendían el cuidado del enfermo mental con toques morales; comienza una nueva gramática: el paso de la *locura sagrada a las enfermedades del alma* (Postel, 2000). Estos acontecimientos señalan un nuevo marco interpretativo, lo que antes se le había conocido como “santa anorexia” ahora se le denominará “anorexia histérica”.

La voluntad de no comer, el control sobre el cuerpo y las conductas de purga y compensación adquirirán una nueva dimensión: de una santa a enferma, ese fue el paso que anunció la ilustración; la razón constituida por un sujeto consciente de sí mismo no da espacio para aquellos que no se dejan guiar por ella, la emergencia de nuevas prácticas discursivas basadas en el conocimiento científico posicionaron a estas mujeres en otros espacios, ya no el convento sino el hospital psiquiátrico, ya no eran escuchadas por los sacerdotes sino por los médicos, ya no eran signo de admiración sino de locura e ignorancia. Sin embargo, los médicos quedaron rebasados, mujeres que dejaban de alimentarse por voluntad propia sin causa aparente, un cuerpo que sin daño orgánico estaba

paralizado, ojos perfectamente sanos que no veían, estados en que se perdía la razón y la imposibilidad de recordar lo que había sucedido. La mujer histérica dio la bienvenida a la ilustración con un malestar que no correspondía a un saber sobre el cuerpo orgánico, “la enfermedad mental” es el Otro inasimilable del ilustrado.

William Gull y Charles Lasègue, psiquiatras franceses, se dan a la tarea de construir descripciones clínicas de mujeres que se negaban a alimentarse entre 1873 y 1874. Gull sostenía que esta *voluntad para pasar hambre* se debía a un estado mental mórbido muy parecido a la histeria, no obstante, con la intención de hacer una diferencia entre ambas decide llamarle *anorexia nerviosa*. Charles Lasègue también sostuvo que el estado de estas mujeres se debía a una *perversión mental* pero que el cuadro clínico se basaba fundamentalmente en mecanismos histéricos por lo que le nombro *anorexia histérica* (Russel, 2003: 14-17).

Mientras tanto, el psicoanalista vienés Sigmund Freud se encontraba ante mujeres con similares padecimientos, en sus *Estudios sobre la histeria* (2003) relata los casos de mujeres histéricas cuyos síntomas eran parecidos a lo que ahora se conoce como anorexia: la no ingesta de alimentos, asco frente a la comida y vómitos recurrentes. A través de su trabajo, el padre del psicoanálisis propuso que estos síntomas eran la manifestación de fantasías de carácter infantil, el síntoma era el recuerdo de lo sucumbido en la historia de estas mujeres cuyo cuerpo era el espacio de expresión del deseo y del dolor de las vivencias.

El psicoanálisis, práctica que marca una herida narcisista al mundo de la razón y la consciencia, da espacio a las fantasías, a la sexualidad, a la niñez y a la locura; agentes que habían sido sitiados, excluidos, desterrados o encerrados, estas mujeres que proponían una *talking cure* una escucha fueron las encargadas de mostrar que existe un más allá de la consciencia en el hombre y Sigmund Freud el encargado de darles un espacio.

Un siglo más adelante y arribando a nuestro tiempo, Gerald Russell (Óp. Cit. 18) psiquiatra inglés, afirmará que la fenomenología de la anorexia ha cambiado entre las descripciones que hacían Lasègue y Gull y lo que encontramos actualmente. Russel citando Casper señala que hasta antes de los años 40's no se observaba en las mujeres que

presentaban estos cuadros clínicos una preocupación exacerbada por el cuerpo o por el peso, sino que, a partir de los años 50's es cuando tener un cuerpo delgado se presenta como un deseo en las mujeres.

Es interesante darnos cuenta que a diferencia de la anorexia nerviosa, la bulimia tiene su origen y su fundamento en el siglo XX (Ibíd. 20). El primer caso de descripción detallada data de 1979 sin encontrar casos similares en la literatura anterior, ello nos habla de una experiencia nueva que de alguna manera se equiparó por similitud a la anorexia pero cuyo origen y adscripción social difieren enormemente.

La bulimia es un malestar provocado por nuestro momento actual, no tiene más de 40 años y el incremento de casos es exacerbado superando en número a la anorexia. Lo paradójico de la bulimia se presenta en su formalización, una vez que se conforma como criterio diagnóstico en el DSM-III en los años 80's se produjo un drástico incremento de casos, duplicando las estadísticas en el caso de la anorexia. Se pueden realizar dos lecturas frente a este fenómeno inusual: la institucionalización de la bulimia como enfermedad mental que permitió la detección y diferenciación de casos, la conformación de índices de incidencia y prevalencia abriendo la mirada médica a lo que ya pasaba desde antes; o provocó una especie de "contagio social" entre las jóvenes. Tal vez una lectura no excluye la otra, de cualquier manera vemos que la adscripción de la anorexia y la bulimia como enfermedades mentales ha conllevado a diferencia de lo que esperarían ciertas comunidades médicas como el incremento de casos y la explosión del conocimiento.

De acuerdo con Claudia Unikel (2009) directora del departamento de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, los primeros trabajos sobre anorexia y bulimia fueron estudios de caso que se llevaron a cabo entre 1971 y 1989. A partir de los años 90's y hasta la fecha se han realizado múltiples estudios sobre el tema, desde reseñas teóricas hasta reportes de investigación de metodologías diversas y rigurosas desde diferentes ámbitos aportando datos relevantes en el terreno de la epidemiología como son la identificación de factores de riesgo, las manifestaciones comorbidas y el desarrollo y validación de instrumentos de

medición que han ayudado en el tratamiento y prevención de los llamados Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Este pequeño recorrido intenta dar cuenta que la anorexia y la bulimia en su transcurrir histórico han sido dotadas de sentido, intervenidas de distintas maneras y a pesar de ello, el cuerpo, el ascetismo y el control de estas mujeres han prevalecido en diferentes épocas. Muestran la imposibilidad de la interpretación y la manera en que cada situación social y política determinada ha problematizado tan complejo malestar. Si en la actualidad existe un predominio del discurso médico-psiquiátrico heredero de la ilustración y la imposición de la razón es nuestra tarea atravesarlo y tratar de entrever los demás componentes en juego. Sostener que la anorexia y la bulimia no son fenómenos médicos que sólo le atañen a esta disciplina sino que su historia devela una relación compleja con el tiempo y la cultura.

La anorexia y la bulimia no dejan de tener preponderancia en la práctica médica aunque no podemos desmentir su fundamento social, su inscripción como un problema cultural, económico y político que atañe a todo investigador que dentro de las ciencias sociales puede abrir nuevas posibilidades de problematización.

Si Lasègue y Gull suponían que la anorexia era una “per-versión mental” lo era en cuanto hacía funcionar el sistema en el que se inscribía de otra manera, ya sea permitiendo la convivencia entre disciplinas, conformando nuevas relaciones de poder o aun introduciendo nuevas prácticas determinantes en la relación y el vínculo entre sujetos.

Michel De Certeu (2010b) dirá en relación a las posesas y las interpretaciones que giraban alrededor de estas mujeres, que ellas escapaban gracias a que dejaban que el otro hablara por ellas (el sacerdote). Los discursos eran engañados en su propia interpelación ideológica, ellas eran las provocadoras de hacer notar el límite de los marcos interpretativos y con ello la alteración de los discursos mismos.

La joven con anorexia y bulimia, de la misma manera que las posesas, son las posibilitadoras para que se puedan crear nuevas formalizaciones, que se puedan vislumbrar relaciones complejas entre el tiempo histórico, los discursos, las prácticas, las ideologías,

las formas de vida, entre otros. De Certeau dirá: *no existe con rigor, un discurso del otro, sino la alteración del discurso mismo* (Ibíd. 255). No existe una interpretación que podamos hacer que responda a ellas, que evite su malestar pero si podemos hacer una alteración, un trastocamiento en la manera en que ellas son pensadas a través del intento de recuperar su propia *experiencia* oculta en lo que los demás han dicho o creen de ellas.

5.2 La anorexia mental posmoderna

Una vez terminado el recorrido histórico es momento de pensar qué es lo que de la modernidad atañe a tan complejas experiencias. No podemos negar que la anorexia y la bulimia como enfermedades mentales son malestares de la modernidad, responden a una sociedad en la que el cuidado del cuerpo en la esfera de la salud, la producción de servicios y la exigencia estética han comandado las prácticas y los discursos de los medios masivos, de las empresas y las instituciones. Esto junto a la eclosión de la tecnología en la que la información se comparte de manera instantánea, el abaratamiento de los objetos de consumo y el paso de las enfermedades orgánicas a las enfermedades mentales han determinado la emergencia de una economía de servicios creando “nuevos dispositivos asistenciales” cuya tarea principal se enmarca en los procesos de “normalización” y “readaptación” social (Gracia et al, 2007: 22).

La anorexia y la bulimia en este marco también se les conoce con el nombre de *trastornos de la conducta alimentaria* (TCA) que a pesar de que a partir de los años 50's lo que caracteriza dicha fenomenología es una preocupación por el cuerpo y una distorsión en la imagen corporal, el acento sigue puesto en la alimentación y no aquello que hace que ellas puedan comer “de más” o que las hace “dejar de comer”. La industria alimentaria muestra así el vínculo íntimo y ambiguo entre los aparatos modernos que exigen un cuerpo joven y bello y la preocupación exacerbada por la salud mental.

Cabe señalar que hasta los años ochenta los TCA eran trastornos poco conocidos en México, su prevalencia e incidencia era mínima y los hospitales psiquiátricos no tenían un registro de la población que padecía estas enfermedades, sin embargo, el incremento de

casos y la expansión social ubica actualmente a los TCA como un problema de salud pública.

En cuanto datos estadísticos observamos que la prevalencia de la anorexia entre la población general varía de 0.5 a 1.5 mientras que la bulimia alcanza el 3% siendo la población más vulnerable mujeres (Weissberg et al, 2004) al respecto el Hospital Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” atiende aproximadamente 200 pacientes de primera vez al año.

La institucionalización de la anorexia y la bulimia como enfermedades mentales, en específico trastornos de la conducta alimentaria, trajo consigo el desencadenamiento y desarrollo de modelos de intervención con la intención de rehabilitar y curar a las jóvenes con estas enfermedades. Toda una posibilidad de tratamientos y clínicas han surgido desde entonces conforme la incidencia y prevalencia de casos han ido en aumento, por ejemplo, según un estudio realizado por la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (Unikel, 2009) hasta 1992 sólo había una clínica especializada en el tratamiento de estos trastornos. Actualmente hay 38 clínicas, 30 privadas y 8 públicas en toda la República. De este total, 25 ofrecen un enfoque multidisciplinario, 8 sólo tratamiento psicológico y psiquiátrico y 2 la abordan con modelos de adicción. En 24 clínicas se ofrece el modelo de internamiento y casa de día, en las demás sólo externo. El costo del tratamiento fluctúa entre 5,800.00 y 80,000.00 pesos mensuales dejando a ciertas poblaciones imposibilitadas de recibirlo debido a deficiencia económica y zonas alejadas en las que habitan, con ello vemos que los servicios especializados siguen siendo deficientes en comparación con la demanda.

La anorexia y la bulimia en tanto enfermedades mentales han abierto un campo económico importante; las clínicas privadas se encargan en la mayoría de los casos de las jóvenes que ante la ineficiencia del tratamiento en hospitales públicos encuentran una esperanza para trabajar en el malestar que las aqueja, estamos ante la situación en que el número de casos sobrepasa el personal y los recursos. Muchas mujeres con bajo peso y que reconocen la pérdida de control en su vivencia son mandadas a casa con un plan alimenticio, la tarea de un registro de conductas “irregulares” y una orden de vigilancia a los padres.

El tratamiento en hospitales públicos está basado en el control y medición del peso y la comida, es común que las jóvenes regresen a casa y en un día o dos vuelvan a recurrir al vómito, a los laxantes o la restricción. La suerte de otras mujeres es que van y vienen del hospital, dentro del proceso de tratamiento su peso y su conducta alimentaria se estabiliza por lo que los hospitales las dan de alta, algunos meses después regresan al hospital en las mismas o peores condiciones físicas pudiendo pasar años en esta situación. Otras que llegan en condiciones graves en que la hospitalización es requerida debido al riesgo de muerte se quedan en una habitación por días en las que son alimentadas por sonda, después con alimentos ligeros y llevadas a casa a que continúe su proceso porque existe otra chica que necesita internamiento médico.

El panorama es devastador, no existen las condiciones para otorgarles un espacio singular, para seguir un proceso de recuperación en el que tanto la paciente como la familia participen, la lógica alimentaria es la que tiene prioridad por lo que es común que ante la regulación en el plan alimenticio ellas sigan manifestando incomodidad con su cuerpo.

Las clínicas particulares por su parte tienen un costo alto que no cualquier familia puede pagar, además, la mayoría se encuentran en el centro del país por lo que difícilmente una paciente del interior de la república tiene acceso a ellas. A pesar de ello los centros privados de tratamiento cuentan con una atención más personalizada y han desarrollado programas que contemplan la participación de la joven y sus familiares. Existen diversas formas de tratamiento que dependerán de la intensidad de la enfermedad, a este tipo de programas se les llama “Dispositivos multidisciplinares” (Valencia, 2010):

- Ambulatorio: Se determinará este tipo de programa cuando la enfermedad no es de larga historia, los síntomas no aparecen con regularidad, no hay daños físicos graves, existe una consciencia de la enfermedad, puede haber adherencia al tratamiento, buena disposición.
- Hospitalización: Se lleva a cabo cuando la cronificación de anorexia y la bulimia conllevan fuertes riesgos físicos. Los criterios médicos-biológicos son la pérdida de peso mayor al 30% de lo normal, irregularidades electrolíticas, hipotensión postural, bradicardia, hipotermia, infecciones provocadas por la desnutrición. Se requerirá

atención médica urgente cuando la paciente presente pérdida de peso superior al 50%, alteraciones en la consciencia, convulsiones, deshidratación, alteraciones hepáticas y renales graves, pancreatitis, descenso del potasio, alteraciones del sodio, arritmia grave, síncope, dilatación gástrica aguda.

- Hospital del día: Es una estructura terapéutica, recurso asistencial que implica la intensificación del tratamiento ambulatorio con el que se pretende proveerle al paciente de los cuidados adecuados sin apartarlo de su ambiente social y familiar. La paciente asistirá al hospital varios días a la semana en un horario fijo en el cual realizara las actividades planteadas por el dispositivo, desde la toma de sus alimentos, terapias grupales, individuales, talleres, quehaceres y tareas.
- Centro de atención continuada o de internamiento terapéutico. Unidad residencial con atención las 24 horas del día en el que se ofrece un servicio más intensivo que el hospital de día con el que se ofrece el apoyo y el control necesario durante noche y día de la sintomatología. Está destinado a aquellas que requieren más recursos terapéuticos pero su estado físico no se encuentra tan afectado que requiera una hospitalización.

La decisión respecto al dispositivo de intervención que requerirá la paciente la llevara a cabo el personal del centro de tratamiento a través de diversas técnicas diagnósticas tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Historia clínica.
2. Peso, altura, Índice de Masa Corporal (IMC).
3. Gravedad del problema.
4. Tratamientos previos.
5. Hábitos alimentarios alterados.
6. Actitudes y creencias desadaptativas sobre el cuerpo, comida y peso.
7. Grado de motivación de la paciente hacia el tratamiento.

8. Insatisfacción con la imagen corporal.
9. Existencia de comorbilidad psiquiátrica.
10. Abuso de sustancias.
11. Evaluación del ambiente familiar.

Una vez realizada la evaluación el personal del centro de tratamiento notificará a la familia y a la posible paciente el diagnóstico, explicará las características de la enfermedad haciendo hincapié en los riesgos físicos que acompañan dicha patología y les recomendará un tipo de tratamiento. Si la paciente es menor de edad serán los padres quienes den la autorización para comenzar el proceso y en el caso de que la joven sea un adulto tendrá que consentir el tratamiento. En diversas ocasiones encontramos el caso en el que la joven mayor de edad que cumple con los parámetros de un internamiento se niega rotundamente a recibir el tratamiento regresando a casa; es común que meses más tarde regrese a nueva evaluación en peores condiciones y en casos extremos requiera de una hospitalización.

Como podemos observar cada tipo de tratamiento mantiene su especificidad, su tiempo y su manera de intervenir seguramente provocando efectos subjetivos diferentes en las jóvenes. Esta investigación se enfocará en el dispositivo de internamiento terapéutico tratando de dilucidar los procesos subjetivos que se encuentran inmersos en un proceso de rehabilitación de la anorexia y la bulimia en la relación sujeto-dispositivo.

5.3 Belleza y salud en la contemporaneidad.

La anorexia y la bulimia se inscriben como malestares contemporáneos⁴ en un tiempo en que la explosión de los servicios, el consumismo y la diferencia económica entre los individuos dibujan líneas cada vez más difusas entre las jóvenes urbanas. Los medios masivos de comunicación como la radio, la televisión, las revistas y ahora el internet se presentan como los aparatos más eficientes para difundir discursos acerca de la belleza y la salud. La estrategia principal a utilizar es fácil de identificar: *la imagen*.

La imagen no sólo estará presente en lo que aparecerá en la televisión o en la pantalla de una computadora sino que podrá ser constituida a partir de la palabra de los otros y también de lo no dicho por los medios masivos produciendo efectos sobre éstas jóvenes. Es decir la imagen no sólo es representación visual, es un conjunto de sentidos móviles reunidos bajo ciertas prácticas discursivas que permiten por momentos la sensación de unidad y de plenitud.

Dentro de la dimensión de lo “no dicho” en el juego de la imagen cualquier discurso ya sea de la belleza, de la salud o de la utilidad cumple una función específica dentro de la gramática general de la época sin que posea un sentido en sí mismo. Está constituido por un agente (alguien que realiza la acción), que va dirigido a otro (destinatario) y que en esta relación deviene una producción -ya sea de un servicio o un objeto- que esconde una verdad. Los componentes que conforman dicha relación será un significante amo (el que reordena los demás significantes), un saber (los demás significantes que se posicionan

⁴ Hemos considerado utilizar el término contemporaneidad desde la formalización que Giorgio Agamben (2011:19) propone como *una relación singular con el propio tiempo, que se adhiere a éste y, a la vez, toma su distancia; más exactamente, es esa relación con el tiempo que se adhiere a este a través de un desfase y un anacronismo*. Con ello pretendemos resaltar que la inscripción dentro de una gramática social sólo se puede llevar a cabo en dos movimientos simultáneos, una apropiación de las prácticas discursivas que flotan en lo social y la separación a través de prácticas de “no correspondencia” con el medio. El sujeto contemporáneo es no todo en su relación con lo social manifestando la capacidad de hacer con lo que se le presenta “algo más” sin dejar de operar en su tiempo.

alrededor del significante amo), un sujeto barrado (deseante) y una pérdida, “algo inasimilable” (objeto *a*).⁵

Pongamos un ejemplo que atañe a nuestra investigación. Las campañas publicitarias del Palacio de Hierro durante cinco años utilizaban los siguientes slogans:

“Como te ven te tratan”

“A las mujeres siempre nos sobran kilos y nos falta ropa.”

“Es más fácil conquistar a un hombre que a un espejo.”

“Ninguna mujer sabe lo que quiere, hasta que se lo ve puesto a otra.”

“Las tiendas existen porque la vanidad nunca muere.”

Existe un significante amo, la belleza, y un agente, el Palacio de Hierro (entre otras empresas o instituciones) que difunde un saber sobre ella (delgadez y la predominancia de la imagen). No importa que el saber no se sostenga, en sí mismo no vale para nada si no se juega con el imaginario de las jóvenes a las que estos slogans van dirigidos, es más, el saber (siempre imaginario) sobre la mujer y la belleza se produce en el mismo momento en que este sale al medio, al asumir que esta empresa “sabe” lo que una mujer quiere y lo que la belleza es. El sujeto barrado son las jóvenes a las que les llega el mensaje y que se preguntan: qué deseo, qué es la belleza, qué es la mujer. Además existe una producción de objetos, de servicios para alcanzar los ideales de belleza que promueven este tipo de organizaciones. La verdad que esconden estos slogans es que la mujer como cualquier otro sujeto no sabe lo que desea, la belleza en sí misma tampoco existe porque está conformado de un imaginario. El Palacio de Hierro juega a contestar la pregunta del deseo con objetos y con la imagen: “como te ven te tratan”.

⁵ Apelamos a la estructura básica de los cuatro discursos construidos por el psicoanalista francés Jacques Lacan (2006) en 1969 sin detenernos en ellos resaltando que cada discurso contiene en su operación diversos lugares o posiciones que uno u otro actor ocupará y que de ello resultará una relación específica entre el saber, el sujeto, la verdad y lo que se produce entre los mismos, que desde Lacan es una pérdida, algo no asimilable (objeto *a*).

Juguemos con otro slogan: “Es más fácil conquistar a un hombre que a un espejo” expresa con claridad la verdad que se esconde en el discurso, existe una insatisfacción que no puede ser cubierta ni por la ropa ni en la relación con el hombre. La imagen en el espejo es eternamente insatisfecha y será de esta manera porque lo imaginario no podrá dar respuesta al deseo de un sujeto (recordemos que lo imaginario juega con el engaño de la plenitud).

Sin embargo, el deseo es móvil, metonímico y a veces hace semblante en la imagen: “Ninguna mujer sabe lo que quiere hasta que se lo ve puesto a otra”. Es en la medida en que creemos ver en el otro algo de nuestro deseo, que asumimos que ese “otro” si sabe lo que desea y por tanto queremos lo que el otro tiene.

“Las tiendas existen porque la vanidad nunca muere” anuncia una vez más la insatisfacción. Si hay una gramática en la contemporaneidad es que se pretende cubrir una falta que es estructurante con objetos a través de imágenes que hacen semblante de completud; juegan a que existe otra mujer (delgada, bella, joven y rica) que tiene todo para ser reconocida, amada y feliz. Además, hay un elemento casi imperceptible, esta mujer tiene que ser envidiada por las demás: “¿Quién es la vanidosa, la que se arregla o la que cree que así está bien?”⁶

Lo que no se asimila es que este imaginario de la mujer delgada, bella, joven y rica que es reconocida, feliz y envidiada es *No toda*, ninguna mujer podrá ser plena, ninguna mujer podrá dar cuenta de lo que desea, pero ello no importa, porque gracias a esto se producirá un aparato complejo para “embellecer” que juega a que la imagen de la plenitud puede existir.

Este juego entre tratar de alcanzar la imagen ideal de la mujer joven y bella conjuntamente con las significaciones de las que es acompañada como independencia, reconocimiento y ser amada y envidiada y nunca lograrlo desata en las jóvenes diversas respuestas y afectos.

⁶ Nos reservamos el derecho de trabajar a profundidad esta relación compleja entre belleza e imaginario en el subcapítulo “Los saberes que interpelan”, por ahora damos una pincelada que contornea el contexto histórico en el cual se inscriben las experiencias de la anorexia y la bulimia, en ese capítulo pretendemos vislumbrar los mecanismos que han construido las jóvenes con anorexia y bulimia para transformar, trastocar o apropiarse de dichas prácticas discursivas.

Algunas lucharan hasta el cansancio, aún poniendo su vida en riesgo, por convertirse en esa imagen, otras podrán mantener posturas más críticas al respecto. Cualquiera que sea el caso, esta estrategia de embellecimiento promueve una desubjetivación de la mujer y a través de este trabajo podremos dar cuenta de ello. Por ahora sólo señalaremos el caso de una joven que dentro de los blogs de Ana y Mía escribe: *Que si te arreglas eres bella...si te valoran eres un articulo de lujo para los demás, el cual valoran por su apariencia superficial...es que es imperdonable como somos nosotras las que provocamos lo que ellos dicen, se vuelva parte de nuestra realidad, porque no ponerle un fin, decir no soy un maniquí*⁷

Lo que muestra esta joven con sus palabras pero también las campañas del Palacio de Hierro es que la belleza tal como es representada hoy en día congela y cristaliza. En la mujer bella el tiempo no pasa, es siempre la misma; tampoco siente enojo o tristeza, su rostro es siempre el mismo. Este efecto de desubjetivización niega la dimensión del deseo, es la reducción del sujeto al objeto: “ser un maniquí”, como las que se muestran en los aparadores o en los anuncios. La imagen impuesta juega a que la mujer ya no desea sino es objeto de deseo.

Con lo anterior podemos dar cuenta que existe una explosión de la maquinaria de embellecimiento. La belleza ya no sólo es un ideal o queda cristalizada en una imagen sino que el aparato médico ha promovido y creado una serie de intervenciones donde la transformación del cuerpo es posible, en la que es factible modificar “los pequeños defectos”, deshacerse de partes del cuerpo que “sobran”. Desde las cirugías estéticas, la liposucción, el globo gástrico, la lipoescultura, el botox, las pastillas para adelgazar, los pupilentes, los tintes para el cabello, las vendas quema grasa hasta las cremas antiarrugas, por mencionar algunas intervenciones que permiten modificar el cuerpo una y otra vez

⁷ <http://anaymiaperu.blogspot.com/2007/10/ana-y-mia-peruanas.html>

hasta su trans(de)formación y convertirlo en algo que no era, algunas mujeres dirán “hacerlo bello”.

Dentro del mismo sector los gimnasios han aumentado su demanda; las mujeres pueden pasar tres o cuatro horas diarias tonificando las partes “flácidas” de su cuerpo. Desde pesas, aerobics, pilates, kick boxing, spinning, artes marciales, natación, o yoga por ejemplo . Una diversidad de formas para ejercitarse dependiendo el gusto de las consumidoras. Se ha generado un nuevo imperativo “el ejercicio es sano” y entre más horas pase una mujer en el gimnasio más saludable será; el bienestar físico como base y fundamento de la belleza en la actualidad, ya no se puede definir donde inicia uno y termina el otro.

La mujer “dueña” de su cuerpo puede trans(de)formarlo: cambiar el color de ojos, de cabello, tener una nariz más respingada, aumentar el volumen de sus senos, labios y nalgas, borrar las líneas de expresión, pero también eliminar lo que le sobra: la grasa del abdomen, la celulitis, las chaparreras, los cachetes, las bolsas de los ojos; y por último, esforzarse por tener un cuerpo tonificado: brazos, nalgas y piernas duras. La mujer se adueña de su cuerpo al momento de intervenirlo, es su cuerpo y puede hacer con él lo que quiera, una vez más, víctima del engaño del sistema de consumo y servicios abandona su cuerpo en manos de otro (médico, entrenador) que le indicará qué le falta o qué le sobra. Comedia interminable, mientras ella se piensa independiente, bella y activa, dueña de sí misma y de su cuerpo se convierte en el siervo de una sociedad de consumo, esclava de las cirugías, adicta al ejercicio, a las pastillas para adelgazar y a los tratamientos de belleza. El cuerpo es esa bisagra que la une y la separa de su medio, es suyo en tanto decide entregárselo a otro.

Una mujer puede trans(de)formar su cuerpo, cambiar lo que no le satisface a condición de nunca quedar satisfecha, siempre habrá algo más que cambiar: el abdomen nunca estará lo suficientemente firme, las arrugas aparecerán con la edad, los senos y nalgas nunca tendrán el volumen adecuado; todo nos anuncia una interminable intervención sobre el cuerpo y una angustia frente al envejecimiento.

La mujer es bella en tanto es joven, en tanto su abdomen no muestre grasa ni marcas de embarazo, en tanto sus senos no estén caídos y en tanto las arrugas no se noten. Pero

también se es bella mientras no sea gorda, así encontramos el siguiente imperativo “la obesidad es una enfermedad” y hay que combatirla.

Actualmente existe una ambigüedad funcional entre obesidad como imagen y como enfermedad. La obesidad no es una enfermedad orgánica en sí misma aunque así se ha difundido: la obesidad “mórbida” trae como consecuencia afecciones físicas importantes como hipertensión arterial, diabetes, hemorroides, cardiomiopatía, dislipidemias y además está asociada a trastornos del estado de ánimo como depresión que conlleva el deterioro de la calidad de vida social y laboral de la persona. La obesidad funciona como reverso de la delgadez, si se es obesa se está enferma, no existe un cuidado de sí, existe un peligro de muerte, se es infeliz y no se tiene amigos ni trabajo.

En el medio, las advertencias sobre el sobrepeso son abrumadoras y violentas: *“Nos encanta movernos y comer sanos. Los niños con sobrepeso tienen más riesgo de desarrollar cáncer en el futuro, promueve una vida activa y una alimentación sana para todos”*⁸. Pero también existen campañas similares para los adultos: *“Mídete...no te pases. La obesidad comienza con el sobrepeso y es causa de diabetes, hipertensión y otras enfermedades mortales. 90 cm de abdomen máximo en los hombres y 80 cm en las mujeres”*⁹

¿Cuál es la solución frente a la obesidad y la demanda de delgadez? La creación de un aparato de salud nutricional que siempre funciona como operación preventiva de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, la hipertensión y el cáncer. La “alimentación óptima” invita a la población a comer en porciones y cantidades adecuadas siguiendo la ya tan conocida “pirámide nutricional”, comer en tiempo y forma, cinco veces al día, frutas y verduras como alimentos base, disminuir el consumo en grasas y carbohidratos.

Este aparato de salud nutricional reclama el cuidado por el cuerpo mientras promueve una re-educación en las conductas alimentarias, normas para regular la forma de comer, ni

⁸ Slogan de la campaña mundial contra el cáncer 2009. UICC.

⁹ Slogan de la campaña contra la obesidad de PREVENIMSS 2011.

deprisa ni despacio, masticar los alimentos pausadamente, comer en horarios fijos y preferentemente en compañía de otros. (Gracia et al. 2007:26). ¿Lo irónico? A muchas mujeres no les preocupa la obesidad por las afecciones físicas que pueda causar sino les angustia dejar de tener un cuerpo delgado (Ibíd. 27), de esta manera la imagen de la persona obesa responde a dos amos: como imagen de fracaso frente a una imagen idealizada en la que se asocia la delgadez con el éxito, el reconocimiento y la belleza y por otro, al aparato de salud médico.

Pero existe aún otro juego menos perceptible: la particularización y generalización de la belleza y la salud (Vigarello, 2009: 244-247). Nos encontramos en una época donde las opciones para decidir qué comer, dónde hacer ejercicio, qué parte del cuerpo y en qué clínica nos operamos son infinitas, en tanto tal, el proceso de embellecimiento de uno mismo es individualizado. El “yo decido” qué, cómo y dónde implica un procedimiento de individualización de las prácticas, el embellecimiento que no deja de aparecer como un ideal exterior es vivido como una experiencia meramente subjetiva particular en la que el sujeto piensa que hay una coherencia entre su interior y lo que, con la intervención, aparecerá en el exterior, cree que comanda sobre su cuerpo y sobre su imagen cuando responde a parámetros ideológicos de la belleza y la salud al tomar la decisión de trans(de)formarse. Cada mujer puede intervenir de manera diferente, las opciones son múltiples dependiendo del deseo (y con ello de la insatisfacción) de cada una, sin embargo, el imperativo “hay que embellecernos” se encuentra difuminado en nuestro tiempo y en nuestra cotidianidad.

6.- Dispositivo y experiencia

Hasta ahora hemos tratado de delinear las diferentes dimensiones que actualmente conforman el dispositivo para producir lo femenino en el que la anorexia y la bulimia se inscriben y del cual son efectos: pasando por el discurso médico-psiquiátrico, la predominancia en la imagen y con ella los prototipos de la belleza y la explosión de un aparato para embellecer engarzado con un discurso y aparato de salud.

En los siguientes capítulos trataremos de dar cuenta cómo estos elementos toman forma, son trastocados y perseguidos en los dos terrenos de esta investigación, por ahora, nos reservamos a afirmar que cada uno de ellos formula y produce sentidos, prácticas y discursos diferentes creando una relación particular con los saberes y prácticas antes expuestas desde lo que se le conoce como anorexia y bulimia.

Pero antes y a manera de clarificar la forma en qué la experiencia se va construyendo tanto en el dispositivo de internamiento terapéutico como en las páginas Pro-Ana y Mía cabe hacer algunas señalizaciones:

La noción de dispositivo fue introducida y utilizada de manera esencial en la obra de Michel Foucault a partir de 1971 y hasta su muerte en 1984, tomando como eje articulador el poder como productor de prácticas y discursos que se manifiestan en estrategias que dan origen a afirmaciones, negaciones, *experiencias* y teorías que girarán en torno a un juego sobre la verdad (Foucault, 2008b:30). Para Foucault todo dispositivo estará fundamentado sobre la noción poder y estará acompañado de dos elementos importantes presentes en todo momento: el saber y una subjetividad. Si los dispositivos son máquinas para hacer ver y para hacer hablar (Deleuze 1990:155) son siempre en relación a un saber y a una producción de subjetividad. Señala que estas fuerzas adquirirán materialidad en un conjunto heterogéneo de discursos, instalaciones arquitectónicas, reglamentaciones, leyes y proposiciones morales y/o filantrópicas (García, 2006:87).

Sin embargo, esta propuesta foucaultiana de dispositivo mantiene un carácter generalizado pensando que tiene el mismo efecto en todo tipo de población. Esto nos convoca a pensar de manera más específica un *dispositivo que trabaja y produce lo femenino y del cual la anorexia y la bulimia son un efecto*, por llamarlo de alguna manera “colateral” de dicho dispositivo y sólo a partir de ahí podríamos poner en relieve la experiencia de estas jóvenes.

Pero antes de puntualizar como pensar un dispositivo de lo femenino en el que la anorexia y la bulimia se inscriben es necesario hacer algunas señalizaciones respecto a la propuesta foucaultiana. Existe un tercer viraje en el pensamiento de este filósofo francés que es

inaugurado por su *Historia de la sexualidad* (2011) en el que pone el acento en lo que él llama *Estética de la existencia*. Sostiene que si bien no abandona su propuesta de la relación entre saber y poder, ésta ahora le servirá para pensar la relación entre sujeto y verdad (Foucault, 2007). En este tercer momento, el sujeto no sólo es marcado y sujetado por el vínculo estrecho entre el saber y poder como lo había enfocado cuando hablaba de los dispositivos disciplinarios sino que resalta que el sujeto participa de manera activa en dicha relación. Esta intersección es lo que permitirá la emergencia de nuevos saberes, de nuevos ejercicios y técnicas de poder que promoverán trabajo sobre sí del sujeto (García, 2006).

Esta posibilidad de trabajo sobre sí es una posición activa del sujeto en relación consigo mismo en la que produce sus propios “juegos de verdad”. Dentro de nuestros dos terrenos observamos dos formas de verdad que conducirán la relación del sujeto consigo mismo:

En el dispositivo de internamiento terapéutico se construye lo que es *la enfermedad*. *Se construye un cuerpo enfermo y a la enfermedad misma; a partir de que estas jóvenes se asumen como enfermas podrán plantear nuevas prácticas de sí que estarán vinculados a nuevos horizontes éticos para vivir.* Para ejemplificarlo podemos ver el testimonio de Samadhi de 19 años:

“Me levanté muy bien de ánimo, me siento feliz, bonita, con deseos, sueños y emoción. Me sorprende tanto cuánto llevo sin vomitar, no sin vomitar sino con tener el sentimiento de hacerlo y lo mejor es ver que no pasa nada, que estoy bien y que puedo vivir sin enfermedad, ahora vivo, antes no. Respirar profundo me sirve demasiado, antes de dormir y visualizar todo lo que soy.”

Del lado de las páginas pro-Ana y Mía observamos que las prácticas de sí y las tecnologías estarán destinadas a seguir lo que ellas llaman un “estilo de vida” que se afirma más allá de la preocupación de estas jóvenes por bajar de peso, y lo es en cuanto este estilo de vida toma en cuenta el sufrimiento de las jóvenes en relación a su cuerpo y su vínculo con los otros. El “*estilo de vida*” *estará basado en el ideal de la perfección y la belleza como*

horizonte ético a pesar del sufrimiento corporal y la estigmatización que estas jóvenes pueden sufrir en su vida diaria:

“No es una Web para incitar a nadie a convertirse en algo que no es, no es una web para iniciarte en esto, ya que esto tu no lo eliges simplemente comienza en ti, en algún momento Ana o Mia e inclusive Ambas te consiguen, y no puedes escaparte de ellas, esta es una Web donde está todo lo que he hecho desde que Ana y Mia me consiguieron, es mi diario donde esta todo lo que sufro cuando subo de peso, y cuando me dicen que estoy gorda, y donde escribo todo lo que siento cuando se infla mi ego, cuando me dicen "que linda estas, estas adelgazando". Aquí expreso todo lo que pasa cuando traiciono a Ana y Mia me castiga por ser asquerosa y meter cochinas en mi cuerpo...”¹⁰

La enfermedad y el estilo de vida son las verdades que modelan y regulan la relación del sujeto consigo mismo a partir de ciertas prácticas y tecnologías que más adelante trataremos de vislumbrar, juntos crean lo que hemos nombrado experiencia. Sin embargo, lo que ahora nos atañe es reflexionar cómo estos juegos de verdad tienen que ver con el género, con una manera específica en que lo social performativamente construye lo femenino.

Para Teresa de Lauretis (1989) el género es el resultado de diversas tecnologías sociales como son los discursos institucionalizados, las diversas epistemologías y practicas cotidianas que se enlazan a los saberes. Es el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales. En este sentido cuando hablábamos del discurso médico-psiquiátrico, del juego entre imagen y belleza y el aparato de salud que promueve prácticas alimentarias y el ejercicio físico como fundamento para una vida sana estábamos hablando de estas tecnologías que moldean lo femenino.

¹⁰ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

Estas tecnologías tienen un destinatario, las mujeres, y aquellas que se encuentran más vulnerables son las jóvenes en las que el ideal de “ser una mujer” exitosa, bella e independiente tiene efectos impactantes, uno de ellos, la anorexia y la bulimia.

Nuestra primera propuesta es entonces que *la anorexia y la bulimia son un efecto “no previsto” dentro de un dispositivo que promueve y produce lo femenino a través de tecnologías de género específicas, como son: la imagen y la belleza que se promueve en las distintas campañas publicitarias, por ejemplo, las del Palacio de Hierro; el aparato de salud conjuntamente con las prácticas nutricionales y la promoción del ejercicio físico; y el discurso médico-psiquiátrico que formaliza la anorexia y la bulimia como enfermedades mentales.*

Así, el dispositivo de internamiento terapéutico y las páginas Pro Ana y Mía son dos formas específicas de lidiar con este malestar, de trastocar su sentido y de conformar nuevas prácticas a partir de las cuales el sujeto construirá una experiencia y una relación consigo mismo. Cada uno de estos espacios mantiene objetivos distintos a pesar de compartir el mismo origen, será nuestro menester realizar un desmontaje y vislumbrar su operatividad y sus efectos subjetivos.

7.- Internamiento: Experiencia regulada

7.1 Marco, espacio y topología

Proponemos pensar la dimensión del espacio como posibilitador de la inscripción de las prácticas y los discursos de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia. Cabe señalar que este apartado tiene un carácter descriptivo y analítico.

El primer terreno, el dispositivo de internamiento terapéutico se desarrolla dentro de una arquitectura específica que requiere de ciertos espacios que cumplan funciones particulares y que permitan la convivencia entre los saberes. Entre estos espacios encontramos el comedor, la cocina, los dormitorios pero también los consultorios donde el personal lleva a cabo las tareas que cada disciplina ordena. Los saberes como el médico-psiquiátrico, la

nutrición, la terapéutica y el psicoanálisis quedan así delimitados por los mismos límites del espacio.

La estructura arquitectónica funciona como marco, encuadra las prácticas discursivas y a los sujetos, de esta manera permite su funcionalidad. Esta estructura denota una clara separación entre el interior y el exterior. El adentro funciona como dimensión cerrada sobre sí misma: sus propias reglas, leyes y juegos de verdad que toman distancia de lo que sucede en el mundo del “afuera”. Así, tanto las pacientes como el personal quedan incrustados en una lógica independiente evitando que factores “externos” influyeran o afecten lo que sucede en la intimidad del espacio. Las posiciones subjetivas quedarán de la misma manera circunscritas a las tareas, encargos y funciones que cada uno de los actores produciendo ejercicios de poder y reafirmando los juegos de verdad dentro del mismo.

Una “instalación arquitectónica” nos remitiría a un lugar distribuido específicamente dependiendo las actividades que dicho dispositivo organiza en el tiempo.

En el caso del dispositivo de internamiento podríamos plantear que son requeridos los cuartos donde las jóvenes duermen, baños, un comedor, una cocina, un jardín que permita esparcimiento y una sala de estar, esos constituirían un “adentro” donde sólo el personal y las pacientes tienen acceso. Sin embargo, existe un “afuera” dentro del mismo dispositivo en el que encontramos los consultorios, habitaciones acondicionadas para realizar las entrevistas diagnósticas y las terapias individuales, un lugar de trabajo para conformar expedientes clínicos, una recepción donde las familias que vienen a evaluación esperan y otro para las evaluaciones nutricionales de seguimiento o de primera vez.

Al parecer cada “lugar” tiene una tarea específica conformada a partir del fin a perseguir, sin embargo, es esencial puntualizar que un espacio no se conforma por la distribución de tareas sino a través de las prácticas que conforma, un espacio lo es sólo en cuanto movimiento a producir.¹¹

¹¹ De Certeau dirá que un espacio es *un lugar practicado que toma en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y la variable de tiempo... el espacio es el efecto producido por las operaciones que lo orientan, lo circunstancian, lo temporalizan y lo llevan a*

Poner el acento en los movimientos y no en los lugares será lo que nos permitirá un análisis pertinente; cuando una joven llega a evaluación ni ella ni sus familiares tienen acceso al “adentro” de la clínica, el adentro y afuera del dispositivo sólo se conocerá si al final de los exámenes la joven se queda internada. En un primer momento se someterá a revisión nutricional donde se le pesará, se tomará nota de su recorrido calórico diario, acerca de conductas de restricción, purga o compensación que comprende la identificación de conductas como vómito, toma de laxantes, presencia de atracones y litros de agua que toma al día; respecto a sus hábitos alimentarios se tomará en cuenta si existen alimentos fobígenos, de qué tipo son, desde cuando ha dejado de comerlos y se le preguntará si incurre alguna conducta purgativa si es que llega a comerlos. Por último, se trata de construir una historia clínica de su padecimiento, desde cuando comenzó y la manera en que se fue desarrollando o los cambios que ha habido a través del tiempo, esto con el objetivo de identificar la cronicidad del trastorno y su intensidad.

Una vez terminada la evaluación nutricional se lleva a cabo un diagnóstico por medio de los criterios del DSM-IV y pasa al departamento de psicología para una segunda entrevista en la que el personal preguntará por los síntomas antes mencionados pero tratará de conseguir información acerca de la situación emocional de la paciente en las diferentes esferas en que se desempeña, en lo familiar, social y educativo; también indagará sobre la consciencia de enfermedad en el caso de que la paciente se encuentre negada haciendo hincapié en las consecuencias físicas y riesgos de muerte que un trastorno así puede causar; al final de la evaluación se conjuntan los datos y se decide qué tipo de tratamiento es pertinente.

En el caso de que el internamiento sea la mejor opción se hablará con los padres en privado informándoles los resultados, si ellos aceptan el internamiento se llamará a la evaluada confirmándole la decisión de los padres. Este es el paso de evaluada a paciente, ese mismo día pasará al internamiento conociendo a las demás jóvenes, se le asignará una cama y se le explicará en términos generales el funcionamiento institucional.

funcionar como una unidad polivalente de programas conflictuales o de proximidades contractuales.

Ya interna, la paciente dejará de tener contacto con sus familiares y personas cercanas por un tiempo, no podrá ingresar al espacio ninguna posesión de valor personal. Esto tiene un gran efecto en la joven pues al abandonar los referentes simbólicos que constituyen su vida cotidiana (la familia, los amigos, la escuela, las actividades diarias así como cualquier objeto material con carga afectiva, desde muñecos de peluche, ipods, accesorios, teléfono celular, computadoras, etc.) permite una mejor adaptación al centro del tratamiento gracias a un *proceso de desubjetivación*¹²

Cuando perdemos nuestros referentes simbólicos, aquellos significantes que organizan nuestra vida, no nos queda otra opción que buscar otros a partir del medio en el que nos encontramos, en el caso del dispositivo de internamiento terapéutico los nuevos referentes serán aquellos proporcionados por los saberes y las prácticas discursivas que constituyen las actividades diarias.

Este pequeña viñeta de un ingreso muestra los quehaceres de las disciplinas que se encuentran en juego dentro de los dispositivos de internamiento, cómo cada una de ellas tiene una práctica sustentada en un discurso y cómo el quehacer de cada una da la bienvenida al quehacer de la otra. Los lugares que conforman el dispositivo se convierten en espacios en el momento en que cada disciplina hace con su discurso un saber con el sujeto.

Pero también observamos un cambio subjetivo importante que tiene que ver con la pérdida de un mundo conocido por otro por conocer, conformado por prácticas y discursos “enmarcados” en un espacio que juega con el adentro y el afuera del dispositivo, que está conformado por capas: existe un exterior, el social cuyo límite es marcado por las arquitectura de la institución, pero dentro de esta existe otro más íntimo, el del internamiento.

¹² El “proceso de desubjetivación” es muy cercano a lo que Irving Goffman nombra “mutilación del yo” (2009:29), sin embargo, creímos pertinente marcar una diferencia, desde nuestro marco teórico la desubjetivación contempla la noción de simbólico, lo imaginario y lo real, mientras que para Goffmann el yo comprendería la personalidad de un individuo como un todo. Por último aludimos que una experiencia produce efectos subjetivos en el sujeto en distintas dimensiones no solamente en el yo como instancia psíquica.

Espacio y tiempo se conjuntan, el tiempo de la evaluación termina donde comienza el tiempo para el internamiento; durante la evaluación se conoce sólo “una parte” de la arquitectura, en un segundo momento se conoce lo más íntimo de ella. Es desde esta postura que sostenemos que la instalación arquitectónica funciona como marco de lugares que se convierten en espacio a través de las prácticas, pero estos espacios que se relacionan con el tiempo conforman una topología¹³.

Hablar de topología nos llevaría a afirmar que no existen límites claros entre un espacio y otro, entre una práctica y otra sino que es un continuo, la función de un espacio sólo está en relación a la función del otro que lo continua. El mismo dispositivo juega en diversas dimensiones, entre los adentros y los afueras de sí mismo.

7.2 Tiempo y retroactividad

7.2.1 El tiempo institucional

No podemos dejar de pensar el tiempo como una de las categorías analíticas más importantes en la investigación en lo que se refiere al dispositivo de internamiento terapéutico. Es gracias a su uso, a su distribución y su operatividad que podemos entrever algunos de los efectos subjetivos, es más, si esta investigación supone que la experiencia

¹³ La topología (Chemama & Vandermersch, 2004: 662) *contempla desde las matemáticas cuestiones de vecindad, de transformación continua, de frontera y de superficie sin hacer coincidir necesariamente la distancia métrica*. Lacan (2008: 17) sostendrá al final de su pensamiento que la topología equivale al *conjunto de espacios abiertos que se ofrecen siempre para un subrecubrimiento de espacios abiertos, que constituye una finitud*. Si pensamos el dispositivo desde la topología este sería concebido como un conjunto de espacios abiertos, expuestos a otros espacios practicados donde no es posible ver el límite entre uno y otro. Las prácticas discursivas no quedan así reducidas ni a lugares específicos donde se llevan a cabo ni a los saberes que detentan, los ejercicios de poder no se vislumbran por el momento en que estos son actuados, sino en ambos casos, se podrá seguir teniendo noticia de ellos a través de los efectos subjetivos aún pasado el tiempo fuera de la instalación arquitectónica, esta sólo cumple la función de marco. La relación que existe entre los distintos componentes del dispositivo siempre están en una relación extima (íntimo-exterior) unos con otros.

específicamente en este terreno es generada a partir de ciertas implementaciones institucionales es porque éstas se enmarcan en un tiempo de “internamiento”.

El primer punto a señalar es que el internamiento terapéutico está dividido por períodos, con duración variable. El tiempo de internamiento dependerá del caso, la cronicidad de la enfermedad y los avances que cada joven vaya adquiriendo durante el internamiento.

Se ha observado que durante este primer período la mayor parte de las pacientes “hacen consciencia de enfermedad” y/o muestran “mayor resistencia” al tratamiento con el deseo constante de irse de la clínica.

Normalmente cuando una paciente “hace consciencia de enfermedad” no presenta la intencionalidad de abandonar la clínica, quiere terminar su proceso de rehabilitación y adquiere la confianza al tratamiento; se le entregan cartas de los familiares, se le dan sesiones familiares, se le permiten las salidas los fines de semana, ente otros beneficios.

El tiempo restante se utilizara para que la paciente trabaje conflictos emocionales, coma nuevamente y elimine conductas purgativas y/o compensatorias. Esto se lleva a cabo a través de talleres, terapias individuales y familiares así como sesiones grupales. Los períodos fuera de la clínica se van haciendo más extensos hasta que el personal confirme su salida a partir de la “alta de internamiento”. Este es el paso de “interna” a “externa” con el que no se deja de estar enferma, ni de ser paciente.

En otro registro el tiempo dentro de la Institución está meticulosamente organizado en actividades diarias. Actividades que se repetirán día a día compartiendo la misma duración, el mismo espacio y las mismas compañeras. Los talleres estarán distribuidos durante la semana, los horarios de comida y tiempo para comer, el tiempo libre, etc. cada minuto del día tendrá un propósito y este es que cada joven haga un trabajo reflexivo sobre sí, sobre su vida, sobre aquellos eventos dolorosos que pudieron afectar para que desarrollara anorexia o bulimia, también se tiene la intención de que puedan ingerir nuevamente alimentos y con ellos puedan desarrollar un nuevo vínculo con la comida.

El que el tiempo dentro de la clínica esté ordenado, organizado y controlado también cumple otros intereses: mantiene a las pacientes ocupadas para que la sensación de encierro no las afecte demasiado, les provee un espacio de contención las 24 horas del día y así evitar que en el caso que entren en crisis no recurran a conductas autodestructivas como lo hacían estando en casa.

7.2.2 Lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser¹⁴

Pero si hemos decidido utilizar el tiempo como una de las categorías analíticas principales es porque en su operatividad encontramos diversos efectos subjetivos imprescindibles dentro de este estudio. El tiempo desde nuestra propuesta no mantiene un carácter cronológico y/o estratégico que se reduce a la administración y distribución de él dentro de la lógica institucional. Al contrario, vemos que el tiempo es una categoría en movimiento cuyos efectos no los podemos pensar sino en tres dimensiones diferentes: el pasado, el presente y el futuro en su interrelación.

Ahora, no podemos negar que si hablamos de la experiencia tal cual lo hemos trabajado con anticipación esta se enmarca en un tiempo no sólo histórico, cronológico y distributivo, sino que la experiencia mantiene su propio tiempo lógico.¹⁵ La experiencia ordena diversas vivencias en diferentes instantes de tiempo produciendo un vínculo relativo entre ellos.

Ya hemos visto que si bien la experiencia es producida por los dispositivos de internamiento terapéutico a través de las dimensiones del saber y poder, enmarcadas en un espacio cerrado que da como resultado la transformación de la relación del sujeto consigo

¹⁴ Frase que retoma Jorge Alemán del psicoanalista francés Jacques Lacan para dar cuenta del “futuro anterior”.

¹⁵ Para comprender nuestra propuesta es necesario hacer la distinción entre el tiempo físico (el cual es explicado en términos de cronología, distribución y administración) y el tiempo lógico el cual implica que *los eventos de un mismo nodo sí pueden ordenarse en función del instante de tiempo físico local en que se producen...lo importante no es el instante de tiempo en que se producen los eventos, sino el orden relativo entre ellos. Este orden puede ser definido de diferentes formas y establece un tiempo lógico para sincronizar los eventos del sistema.* (Lafuente, sin fecha)

mismo, es necesario entender que esta no puede ser creada sino a partir de ciertos significantes que anudan no sólo lo que sucede ahí adentro sino que organizan la vida del sujeto.

Para nosotros ese significante “nodal” es la enfermedad. Anteriormente habíamos descrito el proceso de inclusión de las jóvenes a la institución que empieza por la entrevista diagnóstica psicológica y nutricional para después comenzar el internamiento. En este pasaje de entrevistado a paciente lo que se le notifica tanto a los familiares como a la joven es que padece de una “enfermedad”.

Hablamos que en un primer tiempo la enfermedad se queda definida a través de criterios diagnósticos obtenidos a través del DSM-IV, sin embargo, una vez que la anterior entrevistada ingresa al dispositivo de internamiento, la enfermedad se construye a través de otros saberes como la terapéutica la cual sostiene que la enfermedad es el producto de una particular dinámica familiar y de influencias del medio. El dispositivo lo que hace es *redimensionar, ampliar la noción de enfermedad* para abarcar durante el tratamiento otros aspectos del “ya paciente” para su tratamiento.

La enfermedad dentro del dispositivo de internamiento terapéutico descansa sobre una base médica-psiquiátrica no obstante, ella *no* se reduce a trastornos en la conducta alimentaria sino que son efecto de vínculos, interrelaciones familiares y sociales. La “enfermedad” es el *juego de verdad*¹⁶ que establece y que permite tanto la operatividad del centro como la adaptación de las pacientes. Es decir, es necesario que la joven que ingresa al dispositivo se asuma como enferma, que “acepte” que tiene una enfermedad para que pueda ser rehabilitada, nos referimos a que sin enfermedad no hay tratamiento, doctores y psicólogos.

También ya hemos planteado que varias jovencitas son llevadas al centro de tratamiento por iniciativa de sus familiares. Es difícil que una joven con anorexia o bulimia llegue a evaluación por su voluntad o porque piense que necesita ayuda. Al contrario, para muchas

¹⁶ Los “juegos de verdad” son *un conjunto de reglas de producción de la verdad...es un conjunto de procedimientos que conducen a un determinado resultado, que puede ser considerado, en función de sus principios y de sus reglas de procedimiento.* (Foucault, 2007).

jóvenes el interés por bajar de peso es algo “natural”. Esto dificulta enormemente la tarea del personal médico ya que se tiene que hacer un trabajo intenso para que la joven pueda dar cuenta que lo que le sucede no pasa por un propósito natural de las mujeres por embellecerse, sino que su preocupación por la imagen corporal y el peso es una enfermedad. La entrevista se convierte en la escena privilegiada que hará que una joven se quede internada o no, que acepte que necesita ayuda.¹⁷

Una vez dentro del internamiento es mucho más fácil trabajar la cuestión de la enfermedad gracias a diversos procedimientos como son el encierro, el trabajo en grupo, los talleres, entre otros. Cuando las jóvenes se han aceptado enfermas aceptan el tratamiento y con él los procedimientos terapéuticos. Pero el saber-se enfermas va a provocar nuevas lecturas de vivencias pasadas, presentes y futuras. *El “juego de verdad” de la enfermedad introducido por el saber médico-psiquiátrico tendrá efectos en un tiempo lógico de cada sujeto.*

El aceptar “la enfermedad” permite en las jóvenes, ahora pacientes, organizar y producir nuevas lecturas de lo que les está pasando, de lo que les ha pasado:

“Ayer hice mi día típico pero de cuando era una niña desde mis 6 años cuando todo empezó. Me da escalofríos pensar mi niñez en manos de la anorexia, ahí me di cuenta que no tengo la culpa de mi enfermedad y no fue por ser flaca, me di cuenta que la enfermedad me quito lo más importante pero lo que no me quita son mis ganas de vivir, ya casi estaba a punto de ceder pero me di cuenta que merezco ser feliz. Odio a la enfermedad, estoy cansada de ella me hace sufrir y ya quiero que se vaya pero no se puede ir sin lastimarme, tengo que

¹⁷ Podríamos pensar que la entrevista introduce lo que Foucault (2008b) ha llamado *la escena de curación* en la que podemos observar claramente la relación intrínseca entre el poder y saber. Esta escena comienza con el enfrentamiento de dos voluntades, la del médico y la del enfermo. El médico no necesitará saber las causas de la enfermedad para realizar un diagnóstico o un trabajo nosográfico, el médico tiene la tarea de generar un conflicto en la idea fija que el posible paciente se ha generado respecto a su padecimiento (es decir, que sus conductas restrictivas y purgativas son anormales y le pueden causar la muerte). En el último tiempo el enfermo se reconoce como tal y admite necesitar ayuda.

abrir muchos capítulos de mi vida que seguro tendré que perdonar o simplemente aceptar”

Samadhi, 19 años

Esto es lo que nosotros llamamos “futuro anterior” siguiendo la propuesta de Lacan (Aleman, 2006). La enfermedad es ese significante vacío (Zizek, 2010) que organiza la experiencia. Sigamos: para Lacan (2007:241) lo que se inscribe en ese momento es la asunción del sujeto en sus espejismos, es decir: “*no he sido esto sino para llegar a ser lo que puedo ser*”, es cuando el sujeto queda capturado en una objetivación imaginaria, es un nuevo *estatuto renovado de su enajenación*. Nos referimos a que gracias a que se introduce el significante “enferma” el sujeto quedará enajenado ante él como si desde antes hubiera estado enfermo. En el caso de Samadhi observamos que la lectura que hace ella de sí misma como enferma comienza incluso desde los seis años.

La cuestión es que cuando las jóvenes pueden hablar de sí mismas como enfermas hablan de alguien que *parecer ser ellas*, pero que en realidad no lo es porque se trata de un espejismo, una imagen que se conforma a partir de un nuevo significante como si ese siempre hubiera estado ahí.¹⁸ Ahora, tenemos que ser muy cuidadosos con nuestra propuesta, no estamos diciendo que lo que se crea sea una mentira o un engaño, sino que gracias al significante “enfermedad” esto genera diversos efectos a nivel imaginario y simbólico.

Cabe señalar que desde la propuesta psicoanalítica lo imaginario mantiene una importancia considerable dentro de sus propuestas teóricas. El imaginario forma parte de la estructura del sujeto, lo que queremos señalar es que uno de los efectos de dicho registro es que hace pensar que el ser coincide con la imagen. En otras palabras, es hacer pensar que “uno es enfermo y lo ha sido desde mucho tiempo antes de saberlo”.

¹⁸ Lacan (óp. Cit. 244) afirmara en cuanto a la función de la palabra que *en el análisis por el sesgo más ingrato el de la palabra vacía, en que el sujeto parece hablar en vano de alguien que, aunque se le pareciese hasta la confusión, nunca se unirá a él en la asunción de su deseo.*

Un paso más, esta *rememoración hipnótica* (Óp. Cit. 245) es una reproducción del pasado, pero antes que nada es una cadena significativa con efectos de significación y como tal, tiene efectos materiales. Las “ahora enfermas-pacientes” podrán realizar nuevas lecturas de su futuro-en marcha, como si *constituyeran al sujeto como siendo aquel que ha sido pero con la posibilidad de ser otra*. Para ilustrarlo veamos el caso de Janet de 19 años:

“Estoy muy emocionada porque estoy a dos días de graduarme. No pensé que se me pasara tan rápido el tiempo, pero aquí estoy contenta, encontrándole sentido a mi vida y luchando contra la enfermedad. Gracias a Dios voy ganando la batalla y no me he dejado vencer”.

María escribe:

Empecé la carta a mi enfermedad y conforme fui escribiendo me fui dando cuenta de que no quiero volver y ahora se estoy segura de que sí lo voy a dejar...

La enfermedad aparece como la posibilidad de abrir un nuevo horizonte ético (Foucault, 2011) en el que las jóvenes tienen la posibilidad de crear un futuro distinto al que anteriormente se habían edificado, pero eso sólo sucede si se han afirmado como enfermas y pueden leer su pasado desde este nuevo enganche significativo.

Lacan (Óp. Cit. 253) siguiendo a Rochefoucauld lo ilustra de la siguiente manera: *hay personas que no habrían estado nunca enamoradas si no hubiesen oído nunca hablar del amor*”. Para ser más específicos, no estamos diciendo que las jóvenes que pasan por un dispositivo de internamiento terapéutico no hayan sufrido de anorexia o bulimia sino que este tiene la tarea de formalizar su experiencia, de enmarcarla y dotarla de nuevas significaciones. En este pasaje las jóvenes-ahora pacientes *se reconocerán en la enfermedad en tanto símbolo y dentro de lo que encuentren de su experiencia en la enfermedad*.

Por último, cabría analizar más detenidamente la frase retomada por Jorge Alemán (2006): “*Lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser*”. Lo que nos interesa mostrar con esta frase era cómo dentro del tiempo lógico se rompe con las nociones cotidianas del presente, pasado y futuro como categorías independientes. Es de resaltar dentro de la oración que ninguna acción se encuentra concluida, esto implica un constante movimiento temporal, la palabra “para” es aquella que hace de conjunción entre el pasado al futuro y del futuro al pasado. Esto significa que el hecho de asumirse como enfermas tendrá efectos retroactivos en la manera de leer su pasado y esto al mismo tiempo tendrá efectos en cómo ellas ven su futuro. Asimismo, quiere decir que por la introducción de un significante su vida se queda marcada por él, aunque, debemos recordar que un significante en correspondencia con el sujeto sólo es en relación con otro significante.

No hay nada cristalizado en el lenguaje, gracias a que la relación entre significado y significante no responde a una direccionalidad y vínculo directo, podemos pensar que en el transcurso de la vida podrán aparecer nuevos significantes nodales que reorganicen la experiencia de estas jóvenes respecto a su malestar.

Pero debido a que esta es una investigación que se enmarca en un terreno determinado es nuestro papel dilucidar los procesos complejos que se dan dentro de él. Lo que sigue es señalar que a pesar de que aparezca el significante enfermedad como *punto de capitón* de la experiencia y como *juego de verdad* aún aparecerán inconsistencias y dudas durante el proceso.

Lo que se da dentro del tiempo del dispositivo de internamiento terapéutico es una constante lucha, una batalla a ganar a la enfermedad, a lo que ellas ven como cuerpo y a la comida. Es decir, para que ellas construyan un nuevo *horizonte ético* primero tendrán que desafiar ideas que las comandaban, tendrán que dudar de lo que miran en el espejo y tendrán que creer en lo que la institución les ofrece como nuevas significaciones. El tiempo del internamiento es una guerra que ellas esperan superar.

Veamos diversos ejemplos:

“Maldita sea y bendita sea la vida porque a diario me traen tantas experiencias que me hacen crecer y madurar día tras día. Estos días han sido fuertes en mi cabeza hay una lucha entre ser o no ser y la cuestión es que el no ser no existe porque vivo entonces soy alguien, el no ser es regresar al vacío existencia y la abrumación diaria. He pensado mucho en mis limitaciones y estoy tratando de vencerlas, idealizo demasiado a las personas que veo que tienen algo más que yo y este es un problema así lo veo. Quiero desenvolverme de igual manera con todo la gente que pasa por mi vida, quiero enseñarles lo que soy, a veces me dan ganas de ser una líder pero creo que yo misma me he quitado ese papel por miedo a equivocarme y al que dirán, y aunque suene egocéntrico sé que tengo el material para ser líder sólo que mi inseguridad es más fuerte y bueno ahora estoy trabajando en eso. Cada palabra, cada plática o risa es un avance, hago un esfuerzo de que estos pensamientos de buscar ser la “x” y no querer serlo me abrumen. Sólo quiero ser y así como lo escribo lo veo muy fácil pero en la lucha cotidiana es una guerra cabrona.

Janet 19 años

“Pasamos con la nutrióloga, me pesó y me preguntó que si había visto mi peso y pues ya le dije que si, y me preguntó que como me sentía, me siento bien, pues subir de peso no significa engordar, pero a la vez dudo, me cuesta un poco creer que haya subido tanto, la verdad siento que no es verdad, pero pues no sé ni que pensar, creo que mejor me espero y ya llegará el momento adecuado para llegar a mi peso, aunque ya me chocó el ensayo y el yogurth, ya no los aguanto quedo súper mal del estómago, pero ni modo paciencia María, paciencia!”

María 18 años

Días más adelante escribe:

“En la mañana bajamos a desayunar según yo he logrado desayunar más rápido en el taller me di cuenta que aún tengo pensamientos negativos respecto a mi

imagen y aún dependo mucho de ella, quiero trabajar en eso. Después tuvimos la hora de comer y vi el espagueti muy grasoso eso me traumo un poco, cuando me vi en el espejo me veía enorme traté de no pensar en eso pero es muy difícil, ya en la noche me puse a pensar en la escuela eso me angustia un poco porque no quiero perder el año y no sé si voy a tener algún problema”

Es importante partir de la premisa que cada una de estas jóvenes que ingresan al dispositivo de internamiento terapéutico ya tienen una experiencia de su malestar. Manifiestan una experiencia específica de sentir su cuerpo, lo que implica un vínculo específico con él; también tienen una forma particular para relacionarse con la comida, incluso presentan una manera específica de vincularse con las personas a su alrededor. Esto complejiza su estancia de internamiento.

El cuerpo era vivido en ciertos términos, descrito en la mayoría de los casos con adjetivos peyorativos. Aquí habríamos que ser más explícitos, con Lacan podemos dar cuenta que el cuerpo se inscribe dentro de tres registros: el Real, lo Simbólico y lo Imaginario.

La dimensión real del cuerpo es aquella imposible de significar y que tiene relación con lo que ellas nombran como “el vacío” que sienten cuando han pasado por largos períodos de ayuno o cuando vomitan. Ese vacío no pasa por el registro simbólico sino que es algo que ellas sólo pueden “señalar” como sensación en el estomago pero que se extiende a un vacío existencial. La dimensión imaginaria es aquella que tiene que ver con la imagen de sí que les regresa el espejo¹⁹ que se conforma a partir del *Estadio del espejo como formador de la función del yo* (Lacan, 2007): es el cuerpo “gordo” que ellas observan a pesar de estar por debajo del peso normal o sano. El registro simbólico tendría la tarea de regular la difícil relación del cuerpo en su intersección con los otros dos registros. Recordemos que el registro simbólico muestra el vínculo entre el sujeto y el deseo del Otro, lo que nos indica que el cuerpo tal como ellas lo ven en el espejo está en relación con la mirada del Otro en

¹⁹ Ver capítulo Thinspiration: la vía estética.

tanto los inscribe como sujeto deseantes.²⁰ Esto nos lleva a afirmar que la mirada del Otro en el momento lógico de la constitución de la imagen del cuerpo y la función yoica que permitiría el sostenimiento del sujeto como deseante, falló. Como consecuencia, la carencia del sostén simbólico que regularía el lazo entre los tres registros, instituyó la predominancia de la imagen: esta mirada que tendría que interpelar al sujeto de forma pacificante se convirtió en una mirada crítica, punitiva y en algunos casos tiránica. La anorexia y la bulimia en ese sentido son los malestares por antonomasia que nos muestran la ruptura, el quiebre simbólico y de anudamiento entre lo imaginario y lo real. Sólo basta ver como algunas de ellas pesando menos de 30 kilos se siguen mirando como gordas, y no sólo eso, sino que escuchan una voz que les obliga a seguir bajando de peso, que les dice las más feroces críticas y los más despectivos adjetivos:

“El miedo me paralizaba de una forma extrema y eso fue una de las cosas que vi que cuando alguna situación me daba miedo no hacía yo nada y eso me paso desde niña, me daba tanto miedo que no me defendía, toda mi vida ha habido personas que me intimidan tanto que me dejo de defender de ellas, pero ya que lo descubrí voy a cambiar esa situación. También es que ya no tengo esa voz en mi cerebro y es raro darme cuenta que no sé que hacer he pasado tanto años haciéndole caso a esa voz que en este momento que gracias a Dios ya no me habla, me di cuenta que nunca hice planes para mi futuro, tal vez porque vivía un presente muy miserable, yo creo que por eso en estos últimos días he estado muy rara porque esto para mi es muy desconocido”

Janet, 19 años

María por otro lado escribe:

²⁰ A pesar de que en esta investigación no trabajaremos la dimensión del deseo y la demanda como constitutivo en la vida psíquica de los sujetos, esperamos que los lectores se den a la tarea de investigar de manera más profunda dicha interrelación ya que es imprescindible si queremos comprender el fenómeno de la anorexia y la bulimia como un malestar de intervención clínica.

“Cada vez que me baño y me veo al espejo viene mi trauma, me veo inmensa, me siento como una ballena y siento que ya no aguanto más. Tengo tanto miedo que me duelen los hombros de la presión, siento como un hueco en el estomago y una presión en el pecho y no me gusta sentirme así.”

La pregunta no se hace esperar: ¿Puede un dispositivo de internamiento terapéutico modificar la relación de estas mujeres con su cuerpo, con su imagen y la comida? Si es posible ¿Cómo lo hace?

A pesar de que aún no tenemos la respuesta sino una propuesta para pensar dicha pregunta, lo que no podemos negar es que el tiempo del tratamiento es un tiempo de lucha constante.

Pero antes de contestar es conveniente hacer una puntualización más. La enfermedad en su inscripción significativa permite dos procesos convergentes que difieren en su forma: la cronificación y la recaída.

La recaída sucede cuando alguna joven que ya pasó por el proceso de internamiento, estando en casa recurre nuevamente a conductas de purga, restricción y/o compensación. A pesar de que existen diversas aristas de cómo pensar las recaídas sólo nombraremos algunas.

Una recaída sería el signo del fallo del tratamiento, es decir, que tanto el internamiento, los reforzadores posteriores, el plan alimenticio y las terapias no evitan completamente que una joven recurra de nuevo a la restricción o alguna conducta compensatoria o purgativa. No obstante, una recaída niega y afirma el dispositivo en el mismo acto: lo afirma porque el dispositivo de internamiento terapéutico al construir la anorexia y la bulimia como enfermedad permite que se entifique como “algo externo” al sujeto por lo que el dispositivo puede seguir en marcha.

La enfermedad constituye ese fuera del sujeto que tiene poca relación con él y con el dispositivo pero a la vez funda y organiza su experiencia. Una impresión preliminar era que el dispositivo producía las recaídas para su permanencia, no en un carácter clientelar de tener pacientes sino que era un efecto no previsto por él. Sin embargo, en un segundo

momento de reflexión acudió a nosotros la idea de que la anorexia y la bulimia aún cuando son malestares contemporáneos formalizados médicamente sobrepasan las dimensiones del poder y el saber.

Si la enfermedad se constituye como ese fuera-dentro del sujeto es porque puede apoderarse de él en cualquier momento, pero no es lo único, si la anorexia y la bulimia son enfermedades entonces poco tiene que ver con las condiciones de existencia singulares de los sujetos.

La cronificación la concebimos como un proceso continuo que se da por la cristalización del significante “enferma”. Desde nuestra propuesta no tiene que ver con la intensificación de la sintomatología (o no solamente eso) sino con asumirse anoréxica o bulímica, se sigan presentando los síntomas o no. Desde esta postura, cualquier mujer puede tener anorexia o bulimia durante años “porque es una enfermedad” y siempre se está en riesgo de recaer. La anorexia y la bulimia se convierten en tanto enfermedades en el significante que permitirá leer cualquier vivencia desde ese lugar particular.

7.3 El engaño de la relación con uno mismo: Tecnologías y cuidado de sí.

Nos habíamos preguntado si el dispositivo de internamiento terapéutico podía modificar la relación de la joven con anorexia o bulimia con su cuerpo y la comida, y si la respuesta era afirmativa cómo lo llevaba a cabo.

Los significantes mantienen una materialidad que se expresa en el cuerpo. La enfermedad como significante no será la excepción, pero antes de llegar a ese punto es necesario dar un rodeo más. Habíamos sostenido que el dispositivo de internamiento terapéutico introduce la cuestión de la enfermedad fundamentada principalmente desde el saber médico-psiquiátrico, para después transformarla en un objeto de intervención terapéutica. La enfermedad organiza la experiencia de las jóvenes pero no sólo eso, es decir, lo que aparece ahí no es una experiencia de “enfermas” sino que posibilita abrir dimensiones subjetivas más amplias.

Es decir gracias a que la anorexia y la bulimia son enfermedades se puede producir una *dimensión ética*²¹ que transformara la relación del sujeto consigo mismo. Además dentro del dispositivo de internamiento terapéutico este horizonte ético estará fundamentado en técnicas.

Si afirmamos que el horizonte ético es propuesto por el dispositivo y no es generado desde la singularidad de las jóvenes, entonces habría que señalar la diferencia entre las prácticas de libertad y las tecnologías del yo. Para Foucault (1996) las *Tecnologías del yo* son aquellas técnicas que les permiten a los individuos efectuar cierto número de operaciones en sus cuerpos, en su pensamiento y en sus conductas para transformarse a sí mismo y alcanzar cierto estado de perfección, felicidad o pureza; para el mismo autor (2007:56-61) las *Prácticas de la libertad* están más relacionadas con abrir un campo para nuevas relaciones de poder, para ello, la libertad tendría que conllevar un trabajo reflexivo sobre sí.

Estas dos conceptualizaciones son complicadas de diferenciar porque lo que promueve el dispositivo de internamiento terapéutico como uno de los ejes articuladores es un fuerte trabajo reflexivo sobre sí. Valdría la pena para esclarecerlo comenzar por dilucidar estas técnicas para después discutir su naturaleza.

Podemos comenzar por decir que es justamente el estado de encierro el que permite todas las condiciones para que emerja un trabajo reflexivo en las jóvenes. El internamiento las separa de su contexto que puede tener injerencia en el pensamiento y/o conductas de las pacientes, además, se encuentran con otras mujeres que están pasando por el mismo proceso intenso de reflexión. Todas las actividades organizadas dentro de este tipo de dispositivos están dirigidas a que ellas puedan hacer un trabajo sobre sí a nivel de pensamiento o incluso a nivel físico-corporal.

Los talleres son por excelencia esos espacios de reflexión. Cada uno se aboca a una temática específica: desde analizar los vínculos familiares y personales, la relación con el cuerpo, con la comida, la aparición de la enfermedad, la influencia del medio, etc. Es el

²¹ El trabajo ético para Michel Foucault (2011:33) son *las formas de elaboración que realizamos en nosotros mismos y no solo para que nuestro comportamiento sea conforme a una regla dada sino que para intentar transformarnos a nosotros mismo en sujeto moral de nuestra conducta.*

tiempo en el que las pacientes despliegan sus narraciones, cuentan su historia de vida, lo que les preocupa, sus incomodidades, sus miedos, etc. Esto permite que ellas puedan identificar eventos dolorosos, que puedan analizar la manera en que se vinculan y el tipo de relaciones que establecen. En las terapias grupales ellas podrán hablar de lo que les sucede con sus compañeras, su estancia en el internamiento y su enfermedad.

Pero estas técnicas comparten principalmente dos objetivos: que puedan identificar sus emociones y hacer frente a los estados de angustia recurrentes. Existen un sinnúmero de técnicas para ello: la escritura, modificación de pensamientos, evitación de eventos estresantes, conducirse con asertividad, la relajación, etc. También se promueve un conocimiento del “buen alimentarse” para que ellas puedan manejar su alimentación de forma adecuada y balanceada.

El internamiento queda así enmarcado como un proceso de reflexión y aprendizaje de sí mismo:

Janet nos cuenta:

Siento que estos días han sido de mucho aprendizaje para el resto de mi vida, he aprendido que debo respetarme y respetar los límites de los demás, es algo que he estado haciendo mal con mi familia, soy muy invasiva y chantajista, voy a empezar ya a ser una persona más comprometida y de paso optimista”

“También me di cuenta que me la pasaba disculpando a mis exs de todo lo que me hacían y yo me daba cuenta que me mentían y como que no me hacía mensa o pensaba que iban cambiar y eso en este momento me da mucho coraje, conmigo, pero ya paso y no lo volvería a pasar. También me gustaría cambiar mi codependencia pero sé que la tengo que trabajar no es por arte de magia, yo sé que pronto la superaré, por lo menos ya no extraño tanto a mis padres pero también sé que como muchos años no estuvieron conmigo ahora que los tengo me cuesta dejarlos, pero no es sano porque no he podido dejar por completo el nido y así es más difícil madurar.”

Samadhi nos dice:

“Cuando entré me dije para qué quieren reflexiones, ahora entiendo porque el escribir lo que siento o no me gusta me hace sentir bien porque hay muchas cosas que me cuesta trabajo decirlas. Siempre estoy con miedos, miedos de los cuales todavía tengo que descubrir y ver cual es el que me hace sentir muy mal. Yo sé que está ahí, aunque ahora lo veo en otra perspectiva y me siento feliz, muy feliz.”

A través de las narraciones damos cuenta que la enfermedad es recordada como ese tiempo de dolor, sufrimiento, autoexigencia y codependencia; lo que se abre con el tratamiento es la posibilidad de tener una vida diferente, feliz y plena en la que se pueden aceptar los errores y los defectos. Sin embargo, recordemos que lo que se plantea dentro del dispositivo de internamiento es justo un *horizonte*, lo que no quiere decir que ya se sea feliz y plena. El internamiento como cualquier proceso no se puede pensar sin sus ambigüedades y contradicciones:

Samadhi:

“Hoy me desperté muy intranquila y lo peor es que no sé porque me siento muy rara, no quiero hablar. Estoy consciente que nada es fácil tantos años viví con esta enfermedad que no sé me está siendo fácil pero la verdad es que ya estoy muy cansada de esto y no quiero regresar nunca más a la enfermedad pues no me dejó nada bueno ni mental ni físicamente ahhh y menos emocionalmente, me sentía sola pues alejé a muchas personas que me querían y sólo quedaron los que realmente me querían sé que no es tarde para comenzar y quiero vivir tengo tantas ganas de vivir y de aprovechar cada instante en mi vida...”

María:

“Hoy en la noche estuve pensando muchas cosas, tantas cosas sobre mi cuerpo y pues aún siguen ideas de que estoy gorda, no puedo evitarlo, me veo al espejo y no me gusta”

Entonces, si la función del dispositivo de internamiento terapéutico es construir un *horizonte ético* en el que las jóvenes con anorexia y bulimia puedan tener una vida feliz, plena y sana tendrá que vérselas con las contradicciones y ambigüedades del malestar y darles una respuesta. Así, la tarea principal del dispositivo de internamiento terapéutico es *encontrar o dotar de una coherencia tanto a la experiencia como al discurso de las internas*.

La manera en que el dispositivo de internamiento terapéutico responde a la asimetría entre la imagen del espejo y el cuerpo real de las pacientes es a partir de la noción de distorsión. Este concepto desde el saber médico psiquiátrico alude al fenómeno visual (nos reservamos el derecho de usar el término especular) en el que las pacientes se ven con mayor peso del que tienen.

Actualmente existen pruebas que miden el nivel de distorsión de la paciente y una de las técnicas es contrastar la silueta construida por ellas con la silueta de su propio cuerpo, esto tiene la intención de dar a las pacientes cierto principio de realidad contrastando la imagen con el cuerpo. A partir de que se introduce a las jóvenes al saber médico psiquiátrico ellas utilizaran dicho concepto para nombrar el evento penoso de sentirse con más peso del que realmente tienen. De esta manera la significación cambia, ya no es que “sean gordas” o “se vean gordas” sino que “tienen distorsión”.

Pero el principal método es cambiar el vínculo con el cuerpo y la comida a través de significaciones positivas. Ese cuerpo gordo, feo y parecido a un cerdo o a una ballena se convertirá en poco tiempo en un cuerpo “saludable y bello”.

La práctica alimentaria queda enmarcada al final de tratamiento en un plan alimentario individualizado para cada una que se conforma por cinco comidas diarias: desayuno, colaciones, comida y cena en porciones específicas suficientes para alimentarse sanamente.

Como podemos observar la dimensión de la salud se convierte en un elemento imprescindible durante la rehabilitación. Ya hemos señalado en capítulos anteriores que actualmente hay una equiparación entre belleza y salud, si estas mujeres comen sanamente la belleza viene por sí misma.

El restablecimiento del vínculo con el cuerpo es más complejo, primero porque implica sensaciones corporales que no les gusta experimentar, la más común: sentirse llenas. Si una joven consume menos de 500 calorías al día durante un lapso considerable de tiempo, es normal que cuando comience a aumentar su plan alimentario e introduzca comida “fóbica” aparezcan sensaciones de miedo, culpa y de llenado. Recordemos además que el “vacío” como experiencia real del cuerpo se convierte en un signo de autocontrol, de un cierto placer en el dolor que conlleva el vómito o la restricción.

Muchas de las pacientes se tendrán que enfrentar al hecho de que realmente tienen que subir de peso, algunas más de 15 kilos, lo que provoca enojo y frustración. Esto implica que el cuerpo tiene que cambiar²² a una forma más femenina y desarrollada lo que generalmente despierta fantasías en torno a la sexualidad que habían sido reprimidas o negadas por estas jóvenes. Me refiero a que un cuerpo de una mujer que pesa menos de 30 kilos pierde su forma: los senos desaparecen igual que las nalgas y la silueta de la cintura, aunado a otros fenómenos como la amenorrea, el lanugo, entre otros. El cuerpo “sexuado” se convierte en un cuerpo de niña (en el mejor de los casos) o en un cuerpo en descomposición. El cuerpo de estas mujeres durante su internamiento regresa a su forma sexuada lo que en muchas ocasiones despierta angustia.

La belleza y la salud aquí funcionan como esa bisagra de rehabilitación, frente a la angustia de tener que abandonar un cuerpo asexual que no despierte la demanda y el deseo del Otro el dispositivo les provee la significación de que ese cuerpo es bello y saludable. El sinsentido y el vacío existencial también es confrontado y reemplazado con la promesa de una vida plena que conlleve motivaciones personales, deseos y placer.

El punto ciego de estos reemplazos significantes o para ser más precisos, estas significaciones provistas por el dispositivo es que tanto la belleza, la salud y la vida plena tiene que ser una experiencia regulada. Ya lo hemos nombrado: comer cinco veces al día en porciones y cantidades calóricas adecuadas, hacer ejercicio de manera regular sin excederse

²² Para propuestas futuras sería interesante dilucidar las fantasías que despierta el subir de peso relacionado con los cambios corporales en tanto imagen como en experiencia real del mismo.

de cinco horas a la semana, un conocimiento y manejo asertivo de las emociones y situaciones estresantes.

Esto no hace sino afirmar nuestra propuesta: *el dispositivo de internamiento terapéutico funge como estrategia de readaptación a la lógica biopolítica de las tecnologías de género a aquellas llevaron al límite dicho mandato.*

El saber sobre el cuerpo y la alimentación se construye sobre la base de un cuidado de sí provisto por el dispositivo no como una práctica de la libertad sino como tecnologías del yo que intentan producir mujeres bellas, jóvenes y saludables en control de sus emociones; esto a partir de establecer una relación de amor y cuidado con su cuerpo.

7.4 La función yoica de las tecnologías

En el transcurso del capítulo hemos señalado que la experiencia de la anorexia y la bulimia dentro del dispositivo de internamiento terapéutico se enmarca en tecnologías del yo que proponen un conocimiento y cuidado del cuerpo. Esta experiencia es anudada a través del significante de “enfermedad” que permite la adaptación al dispositivo y la posibilidad de rehabilitación.

De la mano sostuvimos que las tecnologías del yo como la alimentación óptima, las estrategias de afrontamiento y los ejercicios de relajación permitían la resignificación positiva del vínculo con el cuerpo, esto a partir de un trabajo reflexivo intenso sobre sí.

Como última parte de análisis queremos proponer que las tecnologías del yo permiten resignificar este vínculo a partir de una intervención imaginaria sobre la función yoica. A pesar de que esta propuesta parece tautológica, en cuanto sabemos que el yo es una instancia constituida a partir de la formación de la imagen especular, es necesario vislumbrar ciertos matices.

Desde que Foucault funda el término *tecnologías de yo* (1996) entre 1980 y 1981 existió un error de traducción. En realidad las tecnologías a las que se refiere no son del yo sino de *uno mismo* sin embargo, se optó por la primera opción debido a la elegancia del término.

Esto conlleva fuertes impactos tanto metodológicos como teóricos al momento de utilizar dicho concepto como categoría analítica. Para este historiador francés las tecnologías de “uno mismo” (self o soi dependiendo el idioma inglés o francés) no toman como punto de partida al sujeto sino a este como un interlocutor interno: “uno mismo”.

Es decir que existe una especie de desdoblamiento en el sujeto que le permite tomarse a sí mismo como objeto de estudio y transformación, esto gracias a intensos procesos reflexivos. Lo que nosotros intentamos analizar es justo esta capacidad de desdoblamiento que desde nuestro punto de vista no es posible sino como proceso especular.

Recordemos que dentro de las funciones del yo se encuentran regular la relación del sujeto con su realidad y la conformación ilusoria de un cuerpo completo, en este sentido el yo es un aparato adaptativo de autonomía relativa (Pontalis, 1993). Si lo que propone Foucault es que el sujeto para transformar la relación *consigo mismo* se toma como objeto, lo que vemos es que el yo como instancia psíquica predominantemente imaginaria permite hacer pensar que este *uno mismo* es el sujeto, lo que está muy lejos de ser así. Es decir que la principal función de las tecnologías del yo sería hacer pensar al sujeto que su imagen es él, que no hay diferencia entre lo que aparece como imagen especular y su yo, como si este último fuera su ser.

Sigamos: si la función de las tecnologías de yo es tratar de hacer coincidir el yo con su imagen especular (este es el desdoblamiento) para aparentar que el sujeto coincide con esta instancia psíquica, entonces es fácil aludir que la realidad tampoco tiene incongruencias, entonces se puede alcanzar la felicidad, el equilibrio a partir de una regulación en las prácticas de sí. Así concluimos que las tecnologías operan a nivel de lo imaginario evitando los desfases y las incoherencias entre los propios sujetos.

Pero dentro del dispositivo de internamiento terapéutico ¿Cómo podemos dar cuenta de ello? Justamente en las manifestaciones del inconsciente y en el mismo síntoma. Por ejemplo, es común que las jóvenes sueñen con prácticas de restricción, con atracones y vómito.

Las recaídas nos hablan también de esta asimetría entre el yo, su imagen especular y el sujeto. Una vez fuera del dispositivo ellas han aprendido lo necesario para evitar situaciones estresantes que las llevaban a atracarse, restringirse o vomitar, también han aprendido la manera óptima de alimentarse, saben que cuando se ven gordas en el espejo tienen distorsión, entonces ¿por qué recaen? *Porque existe una dimensión subjetiva que no tiene que ver con el saber y que se ubica más allá de él, es la dimensión de la singularidad subjetiva en el que el síntoma (si pensamos así la anorexia y la bulimia) aparecen como esa dimensión no sabida que surge ahí donde el saber no alcanza para sostener la imagen yoica.*

8.- Páginas Pro Ana y Mía: La experiencia de la voluntad y el exceso.

Hasta ahora hemos tratado de desmontar el dispositivo de internamiento terapéutico que tiene como objetivo la rehabilitación de la anorexia y la bulimia. No podemos ignorar que este espacio abre la posibilidad de una recuperación de estas “enfermedades” a través de tecnologías que promueven una relación específica entre el cuerpo y el lenguaje, creada a partir del conocimiento. Alientan el cuidado del cuerpo y con él del sí mismo a partir de un fuerte trabajo reflexivo.

Sin embargo, nuestro otro terreno es más complejo, más tortuoso, debido a que no existe en ellos agentes que se encarguen de restituir esta experiencia en discursos formalizados y normativos que dirijan a estas jóvenes hacia cierta normalidad, o para ser más explícitos, a cierta estabilidad. Al contrario, estos espacios están cubiertos de contradicciones, de dolor y sufrimiento y una dimensión más allá, de cierto placer en las prácticas ascéticas que promueven.

Las páginas Pro Ana y Mía no las consideraremos antagónicas al dispositivo de internamiento terapéutico, no son opuestos entre sí, al contrario y como lo hemos señalado, comparten un mismo origen, un mismo dolor: el malestar de padecer anorexia y bulimia.

La manera en que cada uno de ellos significa, práctica y sobre todo enuncia esta experiencia tendrá como soporte los juegos de verdad²³ (García, 2006: 120) que cada uno ha generado. Lo que sostenemos es que existe entre estos dos terrenos un diferimiento²⁴ (Derrida, 1997), un enigma que los separa, que es la misma experiencia de estos malestares.

Esta misma diferencia es la que nos hizo ver la imposibilidad de analizar los dos espacios con las mismas categorías analíticas. Por ejemplo, el tiempo como eje posible de análisis en estas páginas no juega un papel determinante en la construcción interpretativa, no hay como tal un juego del tiempo en la construcción de la experiencia, es más, *las páginas a pesar de que promueven lo que ellas llaman “un estilo de vida” no son productoras de experiencia, sino estas páginas son los espacios privilegiados dónde se vacía, se enuncia lo que ellas viven diariamente.*

El espacio por otro lado también tiene que ser pensado en un registro distinto. No existe en ellas una arquitectura física que funcione como marco, ni agentes específicos que desempeñen funciones particulares a partir de cierto posicionamiento subjetivo que les provea de un lugar de saber y bajo el cual puedan ejercer el poder. *Las páginas Pro Ana y Mía son espacios virtuales y abiertos* a la mano de todos aquellos que quieran ingresar a él, sin que exista un saber formalizado o reconocido en prácticas específicas:

“No es una Web para incitar a nadie a convertirse en algo que no es, no es una web para iniciarte en esto, ya que esto tu no lo eliges simplemente comienza en ti, en algún momento Ana o Mía e inclusive Ambas te consiguen, y no puedes escaparte de ellas, esta es una Web donde está todo lo que he hecho desde que Ana y Mía me consiguieron, es mi diario donde esta todo lo que sufro cuando subo de peso, y

²³ Recordemos que los *juegos de verdad* son aquellos en los que el sujeto se plantea como objeto de saber posible, es decir, que el sujeto puede llegar a ser, en tanto sujeto, objeto de conocimiento.

²⁴ *Differánce* desde lo que expone Derrida como deconstrucción. Si optamos por la utilización de esta palabra es porque en un primer paso nos aparta de un pensamiento binario en el que este tipo de táctica sería contraria al dispositivo de internamiento y, lo que atañe a esta investigación, es que a pesar de que existe una diferencia no antagónica entre estos dos terrenos nos señala que existe un espacio irreductible de comprensión entre ambos.

cuando me dicen que estoy gorda, y donde escribo todo lo que siento cuando se infla mi ego, cuando me dicen "que linda estas, estas adelgazando". Aquí expreso todo lo que pasa cuando traiciono a Ana y Mia me castiga por ser asquerosa y meter cochinas en mi cuerpo...

Esto no es un juego, es algo que tu crees que puedes controlar y en algún momento se escapa de tus manos... Es algo que esta en tu mente, distorsionada... Si lo que buscas es "bajar esos 5 kilos que crees q t molestan" Ve con un nutricionista..."²⁵

No obstante, ello no significa que no cuenten con medios para aumentar el número de personas que se adhieran a él, para ser más clara, sí existe un ejercicio de poder pero este no utiliza estrategias formalizadas generadas por el discurso médico para tener efectos sobre sus cibernautas. El poder funciona en su carácter seductor: la posibilidad de bajar de peso, de realizar prácticas purgativas y compensatorias como el vómito y el uso de laxantes sin ser descubiertas.

Gracias a que es un lugar abierto a todo individuo que quiera ingresar a ellas los usos se diseminan: desde optar sólo por conseguir "tips" para bajar de peso, escribir la propia experiencia y crear vínculos con otras jóvenes que pasan por el mismo malestar hasta adherirse a su *estilo de vida*.²⁶

El que estos espacios se reproduzcan y se diseminen en la virtualidad nos enfrenta a nuevas formas narrativas. Son maneras en que estas jóvenes están narrando su propia experiencia rompiendo los esquemas y saberes científicos ya formalizados, trastocando sus sentidos y sus prácticas. Espacios sin lugar dentro de la práctica médica-psiquiátrica señalando con su existencia que la anorexia y la bulimia sobrepasa su quehacer clínico.

En un inicio tendríamos que reconocer que estos "lugares" cibernéticos se convierten en espacios al momento de ser creados. En el instante en que una joven se toma la molestia de

²⁵ <http://amigasanymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

²⁶ Recordemos que para Foucault el poder "produce, incita, suscita" (García, 2007). Es una relación en la que se intenta decidir sobre las acciones de los otros.

pasar horas frente a su computadora diseñando su blog, publicando información de su historia y creando las secciones que lo conforman. Podemos ver desde el comienzo de su producción prácticas que giran alrededor de una relación que la joven tiene consigo misma a través de complejos procesos subjetivos que, conforme va pasando el tiempo, se vuelven más específicos, más rígidos y en ocasiones persecutorios:

Ultimamente me han dejado muuuchos mensajes feos :oS q pasa? si no les gusta la web no entren porfa, no entren aca a ofendernos ni a ofenderme, Y YO NO MATO A NADIE, NADIE ESTA OBLIGADO A ENTRAR NI LEER LO QUE ESCRIBO LO HACEN POR VOLUNTAD PROPIA... Sean niñas o no niñas, esten pendiente de sus hijos mas nada :o) Existen los bloqueadores de paginas :o) Yo los uso por mi bebe jaja pq los demas no pueden????

Uhm en fin... Les gusta la nueva imagen de la web?? le falta algo?? Mmm cualquier sugerencia dejenla por aca!!

Weno me voy a seguir en lo mio, y ya saben los saboteadores con complejo de psicologos que insultan, no dejen mensajes pq NO LOS VOY A PUBLICAR JODANSE PQ M SABEN A SHITTTT ya? :oD!!

Y weee por ahi m estan diciendo q estan cerrando los blogs pro ana-mia??? =(si cierran el mio no c preocupen hacemos otro XD!!! y MEJOR!!! jejeje!!!

Besooss Princess Las kiero, anotense a la carrera!!!

GodessPrincess²⁷

La producción de estos espacios mantiene una fuerte implicación para su autora. El primero ya lo mencionamos, pasar horas frente a su computadora dedicando gran parte de su día a compartir información, proponiendo “carreras”²⁸, chateando con sus compañeras y leyendo

²⁷ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

²⁸ La “carrera” es un régimen para bajar de peso que la dueña del espacio propone ante sus lectoras, este siempre funciona como invitación y consiste bajar cierto número de kilos en un tiempo

mensajes despectivos y/o emancipatorios de individuos que no están de acuerdo con lo que se lee en estas páginas.

Estos blogs están siendo cada vez más numerosos y difíciles de controlar creando una comunidad virtual cada vez más grande. Las dueñas ante la petición de los otros de cerrar sus blogs, de pedir ayuda médica o psicológica reaccionan defensivamente deslindándose de cualquier responsabilidad moral o ética frente a sus lectores, aluden a la autonomía de cada sujeto: “NADIE ESTA OBLIGADO A ENTRAR NI A LEER LO QUE ESCRIBO, LO HACEN POR VOLUNTAD PROPIA”.

Una vez más podemos pensar en toda la serie de individuos, en su mayoría jóvenes, que visitan estas páginas, algunas sólo por curiosidad, otras para obtener tips para bajar de peso, otras más para embarcarse en esta difícil faena de ser Ana y Mía y otros tantos para convencer a estas chicas que desistan de esta manera de vivir.

Los actores de estas páginas son múltiples como lo son también las posiciones subjetivas que encontramos dentro de ellas, conformando en la virtualidad un espacio de discusión, de tensión, de posturas éticas y morales diversas haciendo de la ambigüedad y la contradicción la marca esencial: al mismo tiempo que existe una especie de invitación a ser Ana o Mía para alcanzar la perfección y llegar a ser una “princesa” aparecen las advertencias aclarando que este estilo de vida es doloroso y que implica los más feroces sacrificios. Se resalta la fuerza de voluntad mientras se da noticia de las afecciones físicas; se escribe de la soledad que sienten mientras se alude al compañerismo y comprensión de otras mujeres en condiciones similares; se invita a nuevas carreras mientras se habla de mareos, taquicardias, y falta de aire.

Pero esta ambivalencia es asumida tanto por la joven que creó la página como por sus seguidoras, no es una ambigüedad que incomode, muy al contrario, es la base para seguir siendo Ana o Mía:

Anorexia

determinado no mayor a una semana a través de la restricción del alimento y la toma de pastillas que inhiban el apetito.

Por: Antonia Alvarado

La veo saboreando aquel veneno,
y a pesar de lo repugnante que me parece,
la tentación es inminente.

No debo comer, no puedo hacerlo...
aquello ya no parece ser suficiente para mí;
y sin embargo,
sigo colgándome de aquella cuerda floja
con la esperanza de alcanzar mi meta.

Ser como ellas...

El sabor es mi enemigo,
y también lo son todas las consecuencias que aquello conlleva.

El espejo, el espejo me ayuda a ver la realidad.
Una realidad cruda,
pero verdadera...
lo que dicen los demás,
los que me acusan de tener la mente distorsionada...
todos ellos se equivocan.

Yo no soy perfecta...
Soy demasiado imperfecta como para alguna vez llegar a serlo...

Mi estómago se queja,
una y otra vez,
por la decisión que he tomado...
me reta a continuar con agudas puntadas y malestares,
pero yo no me daré;
por vencida.

Quiero ser como ellas...
Ellos no me comprenden.

Me miran con ojos asqueados sólo por querer ser como ellas.
Como ellas...
una princesa....
quiero volver a ser tu princesa.²⁹

²⁹ <http://princesita0408.blogspot.mx/2007/06/ana-y-mia-las-amigas-de-la-perfeccion.htm>

De la mano con la ambigüedad que encontramos en estos blogs no podemos dejar de señalar el juego particular que se establece entre lo privado y lo público, el adentro y el afuera. Ana o Mía comparten “a todos y a ninguno” vivencias importantes de su día o de su vida por medio de su blogs, narran eventos personales, se preguntan cuestiones acerca de su existencia y de la manera en que conducen su vida:

“Como puede una persona que sufre de estos trastornos quererse y aceptarse no se que tipos de chicas AnA hayan en este mundo pero yo no puedo aceptarme y mucho menos quererme como soy, yo me detesto yo me veo como un cerdo como una ballena por eso sufro de anorexia y de bulimia por que no puedo aceptarme como soy no puedo aceptar mi peso aunque sea normal o este por debajo de lo normal por eso me permití hacerles cambios a la carta que me envió la princesa azul espero que no te moleste princesa azul...”³⁰

Esta dimensión de sí misma a la vez que es expuesta y diseminada por el medio virtual conserva su intimidad a través del secreto del nombre. *El “secreto” simulacro de lo privado en lo público y de lo público en lo privado es la base y fundamento de dichas páginas. Una joven no deja de ser Ana o Mía en las páginas pero en su mundo externo ser Ana o Mía es un secreto, pueden compartir su vida en lo público sólo a condición de proteger su nombre propio y no ser identificadas o tal vez (lo veremos más adelante) de renombrarse a ellas mismas. En consecuencia, las páginas Pro Ana-Mía son espacios abiertos a condición de mantener “algo”, el nombre (que no es sin consecuencias) en el anonimato.*

³⁰ <http://princesita0408.blogspot.mx/2007/06/ana-y-mia-las-amigas-de-la-perfeccion.htm>

8.1 El llamado ideológico

Estos espacios virtuales mantienen una estructura, existe una clara división en los elementos que lo conforman: desde la bienvenida, los tips para esconder su identidad a las personas cercanas, consejos para bajar de peso por medio de conductas compensatorias o purgativas, los thinspirations, los motivos para ser Ana o Mía, las carreras, entre otros.

Estas secciones son los elementos que comprenden lo que ellas han denominado “estilo de vida” que no se reduce a la información que despliegan las páginas, al contrario, extiende sus efectos a la vida diaria de estas jóvenes. *Este espacio conforma una cotidianidad en la existencia singular de cada una de ellas.*

Cada joven escribirá bajo un pseudónimo relacionado con la palabra “princesa” mientras que su verdadero nombre debe quedar en el anonimato. *Han creado sus propios juegos de verdad al sostener que la anorexia y la bulimia no son enfermedades mentales sino estilos de vida.*

Por último, los saberes científicos no se encuentran fuera sino son trastocados y utilizados de manera distinta: desde artículos con nuevos medicamentos para inhibir el hambre, estadísticas y textos teóricos sobre lo que es anorexia y bulimia hasta escritos con información reciente sobre nuevos planes alimenticios o las propiedades de cada alimento.

Pero uno de los apartados, el que más tomará en cuenta esta investigación, es el “diario” en el que la joven con anorexia o bulimia escribe acerca de su vida cotidiana fuera de las redes sociales. Este espacio es utilizado por la joven para expresar su incomodidad, su sufrimiento, la falta de comprensión que siente y cómo estos malestares han afectado sus vínculos, su escuela y su familia. Una de las razones por las que consideramos estos textos como privilegiados es que a pesar de que todas las páginas mantienen las mismas secciones, los mismos consejos y las mismas motivaciones; la sección “diario” es dónde se observa una experiencia singular.

Los demás apartados (thinspiration, motivos para ser Ana o Mía, tips, etc) promueven una manera específica de conducirse, el diario expresa claramente lo difícil, complejo y contradictorio de esta experiencia:

Cuando era niña los problemas no existían en mí, lo único que en ese entonces ocupaba mi mayor atención era saber que nuevo juguete me comprarían ya sea por haberme portado bien, por mi cumpleaños, navidad, día de reyes, o que se yo, lo importante ahí era que me gustara.

Cuando era niña tenía fe, creía en Dios; ese ser todopoderoso que supuestamente se encuentra en todos lados y siempre esta a tu lado cuando mas lo necesitas, El, que supuestamente no te abandona.

Cuando era niña adoraba vivir, disfrutaba de la vida; de mi vida lo mas que podía; recuerdo que me agradaba observar el cielo iluminado con millones de estrellas y soñar, solo soñar; también me agradaba ver la Luna, la cual a su debido tiempo llegaría a ser cómplice de toda locura.

Cuando era niña pensaba que la familia era el mejor regalo que Dios nos podía dar, y que el mundo en el que vivía en sueños no se comparaba en lo más mínimo con mi realidad, que esta era mejor... pero sin imaginar que tiempo después, aquella idea errónea sería.

Conocí el mundo y las personas que habitaban en el, de una manera violenta, cruel, de una manera... Comprendí que en el no hay mas que basura.

Cuando era tan solo una niña con sueños, metas, ilusiones, deseos, y sobre todo con ganas de vivir, un ser se acercó mostrando su mejor cara y escondiendo sus intenciones, me robó todo cuanto pudo.

Tarde me di cuenta, ya no tenía nada, todo me había sido arrebatado, mis ilusiones, mis deseos, mis sueños, y lo más importante, mis ganas de vivir. El mató a aquella niña que tenía muchas ganas de vivir y disfrutar.

Pasé de ser una niña que vivía en un mundo de sueños y felicidad, a ser solo un cuerpo mas que va pasando sus años esperando el día en que dejara este mundo

lleno de maldad, oscuridad y sobre todo de mentiras.
Cuando era niña.³¹

Lo primero que tendríamos que tener en cuenta si vamos a tratar de analizar la bulimia y la anorexia como experiencias subjetivas es que estos malestares tienen una historia. Es decir, y como hemos tratado de sostener desde el inicio de esta tesis, no se soportan en una sintomatología particular, ni comienzan con el primer atracón o la primera inducción de vómito, ni siquiera con la primera dieta que estas jóvenes se impusieron con el objetivo de bajar de peso. Al contrario, *si la anorexia y la bulimia son una experiencia o se conforman como tal, es en la medida en que hay una narración histórica que el sujeto construye de sí mismo hasta llevarlo no a vomitar, restringirse o laxarse, sino a mantener una postura ante su existencia.*

Lo que queremos dejar claro es que la anorexia y la bulimia permiten que estas jóvenes actualicen su historia al mismo tiempo que su historia es la que las conduce a pensarse y conducirse de cierta manera en su vida actual. Son dos movimientos que se enmarcan en una sola experiencia: el padecer anorexia y bulimia y en el caso de estas páginas tratar de hacer “algo” con este malestar más allá de los discursos formalizados de la lógica médica psiquiátrica.

Si estas páginas han tenido un lugar privilegiado dentro de esta investigación es porque al mismo tiempo que promueven un “estilo de vida”, también son el espacio dónde esta experiencia toma forma. Una experiencia que no se reduce a una sintomatología sino que es producida por diferentes mecanismos que promueven una forma específica de lo que implica “ser mujer” y lo que ha sido para estas jóvenes haber nacido, crecido y vincularse como mujer.

Para ser más específicos, anteriormente habíamos tomado la propuesta de Teresa de Lauretis (1989:11) en cuanto que el género es a la vez producto como proceso de representación. *Es decir, el género es un constante producto en construcción y en ese*

³¹ <http://anymiaperu.blogspot.com/2007/10/ana-y-mia-peruanas.html>

sentido siempre está en diferimiento. El ser mujer no es un producto acabado, sino que es una representación movible cargada de diversas representaciones ideológicas, muchas de ellas antagónicas, efecto de diversas tecnologías políticas en un campo social complejo. Una de estas tecnologías son las páginas Pro Ana y Mía en las que encontramos diferentes mecanismos que producen, expresan y denuncian esta construcción de género, en específico, de lo que es "ser mujer" en nuestro tiempo y cómo la anorexia y la bulimia son un efecto de dicho dispositivo y los trastocamientos también ideológicos que se están llevando a cabo.

Para entender más claramente de lo que estamos hablando vale la pena hacer un pequeño rastreo de la noción de ideología.

Althusser (2005: 47-63) retomando la propuesta de Marx³², y un paso más allá, dirá que la ideología es *una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia*. Para este pensador francés basta con que interpretemos esta relación imaginaria para encontrar la *realidad misma* de ese mundo. A pesar de que no estamos del todo de acuerdo con su propuesta, si nos da ciertos elementos para poder hacer un análisis de lo que podemos encontrar dentro de estas páginas.

Lo primero que sostenemos es que si bien los textos que encontramos en estas páginas de internet nos muestran una relación de estas jóvenes con sus condiciones de existencia, no podemos reducir dicha relación a meros procesos imaginarios. Estas páginas denotan una relación complicada de estas jóvenes con su mundo, una relación simbólica que no termina con una interpretación de la misma. Lo imaginario no es la realidad y tampoco hay manera de hacer una distinción entre ambas. El registro de lo imaginario está más cercano a tratar completar una forma, a crear una especie de gestalt ahí dónde existe la fragmentación, la discontinuidad y los quiebres.

Según Lacan, la relación imaginaria está esencialmente dedicada al engaño (Pontalis, 1996). Para este psicoanalista, es necesario el registro de lo simbólico para que la "ilusión"

³² Para él, la ideología es un sistema de ideas y representaciones que domina el espíritu de un grupo social. Ibid. 53.

de completud se produzca, es lo que permite que lo imaginario incluya la realidad y la realidad pueda incluir y a la vez situar lo imaginario (Lacan, 2006b: 129).

La representación imaginaria de relación del sujeto con sus condiciones de existencia que denuncia Althusser como ideología, no puede ser pensada sin lo simbólico que la regula, la significa y gracias a ello impide su cristalización (debido a los procesos metonímicos y metafóricos que se incluyen dentro del mismo).

Para terminar y seguir con nuestro análisis interpretativo, Althusser (Ibíd. 64) sostendrá que la ideología sólo existe por el sujeto y para los sujetos teniendo como función la constitución de los individuos en sujetos. A esto lo nombra *interpelación*. Es así que un efecto ideológico es el reconocimiento del sujeto como tal en tanto sujeto concreto, individual e inconfundible a partir de la representación de la relación imaginaria con sus condiciones de existencia. El sujeto termina entonces reconociéndose como aquel que es interpelado dentro de una ideología específica. En este sentido el sujeto, que es *siempre-ya sujeto* debe encontrar su lugar dentro de la ideología.

8.1.1 De princesas, enfermas, ratones, paramédicos y einsteins

Nuestro campo nos hace reflexionar acerca de la ideología, su interpelación y la manera en que estas jóvenes responden a la misma. Para alcanzar este fin analizaremos un pequeño escrito dentro de uno de los blogs:

DÍA DE BRUJAS

El Día de las Brujas a todas nos facina, yo por mi parte siempre me disfrazo. El otro día encontré unas fotos viejas que capturaban esos recorridos por el vecindario, los empaches por el exceso de caramelos y la competencia que hacía con mis amigas para ver quién tenía el botín más grande de dulces.

De pequeñas nos fascina disfrazarnos porque nos da la oportunidad de ser alguien que no somos, pero que nos encantaría ser.

Fui una niñita poco atractiva y muy rechonchita, por eso me encantaba vestirme de princesa, así aparentaba ser bonita. Fui Blancanieves, Cenicienta y la Bella Durmiente, ¡las tres sufrían de sobrepeso en la noche de Halloween!

Desafortunadamente, cuando ya somos señoritas insistimos en usar máscaras pasado el Día de las Brujas. Ahora lo hacemos para esconder nuestros miedos e inseguridades. Por ejemplo, está quien usa el disfraz de "enferma". Esta princesa juega a ser una víctima, todo es una tragedia y su mayor placer es quejarse y buscar la atención de otros.

También está quien se viste de Speedy González. Siempre está apresurada y todo es una urgencia. Se mantiene ocupada con tareas que la distraen para no tener que enfrentar los problemas serios que hay en su vida.

Además, están aquellas que se disfrazan de Einstein. Estos personajes pretenden ser intelectuales y le dejan saber a todo el mundo su superioridad académica. Parte de su actuación consiste en recitar su currículum. No consideran la opinión de los demás porque si otros están correctos, entonces ellas se sienten inferiores.

Otro de los disfraces más comunes es el de paramédico. Estas princesas son rescatadoras, sienten que tienen que intervenir en todo y que su ayuda es vital. Quieren ser indispensables y que todo el mundo las necesite para así ganarse el cariño de todos.

Detrás de todos estos disfraces se esconde tu propia identidad. Quitarte la máscara y muestra la verdad en ti, seguro que impresionarás mucho más que esa careta. Tratar de ser lo que no eres consume tu espíritu e impide tu desarrollo como persona. Finalmente, no engañas a nadie porque todos pueden ver a través de tu máscara.

Ya no tengo que vestirme de princesa para sentirme bella. He descubierto que el atractivo más grande que poseemos nosotras las mujeres es la confianza con que nos proyectamos. Por eso, este año me vestiré de una brujita linda y atractiva, bien

segura de sí misma. LA PRINCESA NO LA LLEVO FUERA, SINO ADENTRO!³³

Hemos escogido este texto porque muestra de manera clara la forma en que las jóvenes de hoy son interpeladas a ocupar cierta posición dentro de la ideología.

La primera de ellas es la *princesa*. Muchas mujeres pueden dar testimonio que desde su niñez fueron convocadas a ocupar ese lugar “especial”. Por ejemplo, actualmente se pueden ver fiestas infantiles en las que la festejada es vestida de Aurora, de Blanca Nieves, de Jazmín, de Ariel, de Bella, etc. Las princesas son aquellas mujeres jóvenes, bellas, delgadas y envidiadas por otras mujeres (recordemos la madrastra o las brujas) en espera de aquel príncipe que les regrese la voz (en el caso de la sirenita), las despierte de un sueño profundo (Blanca Nieves y La bella durmiente) o que puedan convertir una bestia o un mendigo en un príncipe (La bella y la bestia y Aladin).

Las princesas juegan con la imagen de la perfección: se es bella, se es joven y además se conoce al “príncipe azul” para conseguir el “vivieron felices para siempre”. Sin embargo, esta manifestación ideológica que interpela a las mujeres desde su niñez esconde una cara más oscura y desconocida que valdría la pena señalar. Estos cuentos “infantiles” que son retomados por Disney tienen un origen que dista enormemente a lo que se presenta. Se sugiere que estos cuentos fueron escritos por los hermanos Grimm, no obstante, estas historias fueron traídas a Alemania por los franceses hugotones que habían huido de la persecución en los tiempos de Luis XIV (Darnton, 2006). En realidad lo que ahora se conoce como cuentos “infantiles” eran historias de tradición oral que pertenecían a un momento histórico específico y a una cultura francesa particular que se fueron diseminando primero por Europa y en el transcurso del tiempo fueron modificándose para cumplir con ciertas funciones ideológicas.

No entra dentro de nuestros objetivos realizar un rastreo histórico sino entrever que atrás de estas historias tal como las conocemos hoy en día existe una narración más descarnada y violenta sobre la mujer.

³³ <http://anaymiaperu.blogspot.com/2007/10/ana-y-mia-peruanas.html>

En *La bella durmiente*, Darnton (Ibíd. 20-22) historiador estadounidense, explica que el príncipe ya estaba casado, viola a la princesa y ella tiene varios hijos de él mientras dormía. En la *Cenicienta* la joven se convierte en sirvienta para impedir que su padre la obligue a acostarse con él. Mientras que en *La bella y la bestia* el marido se come varias esposas en la cama matrimonial. Por último, en el cuento de *Caperucita roja* ésta era obligada a quedarse sin ropa y meterse en la cama con el lobo quien en realidad era un violador.

Estas narraciones son reflejo de ciertos procesos históricos en relación con la ideología. En este sentido Althusser (Óp. Cit. 50) sostendrá que la ideología tiene una historia propia, es transhistórica y por lo tanto, inmutable en su forma, *la ideología es eterna* al igual que el inconsciente que está en relación con la eternidad de la ideología. Esta propuesta nos plantea la tarea de pensar cómo es que estas narraciones han olvidado parte de su origen y si este origen violento y agresivo hacia la mujer no tiene aún efectos sobre las jóvenes de hoy.

De Certau (2011:23) plateará respecto a los procesos históricos que la memoria se convierte en el campo donde se oponen dos operaciones: el olvido y la huella del pasado. El primero no tiene que ver con la pasividad, no es el olvido en sí mismo si no es una operación de los sujetos contra el pasado que no se quiere recordar. El segundo implica un *retorno de lo rechazado*³⁴. Para el pensador francés el pasado, que tuvo un lugar y forma frente a cierta crisis en un momento histórico determinado, es rechazado pero regresa subrepticamente al presente dónde ha sido excluido: *todo orden se constituye por medio de lo que elimina, y conduce un resto condenado al olvido, pero lo excluido se insinúa en ese "limpio" lugar; se infiltra ahí, lo inquieta, vuelve ilusoria la consciencia que tiene el presente de estar en su casa.*

Siguiendo a De Certeau podemos intuir que existe "algo" de la ideología que se "olvida" a través del tiempo, no obstante, no quiere decir que aquello que se olvidó o más bien se

³⁴ *Retorno de lo rechazado* se refiere a lo planteado por Sigmund Freud en su propuesta sobre lo inconsciente.

excluyó no tenga operatividad en el presente. Las princesas tal cual las vemos representadas hoy en día conjuntamente con su juventud, su belleza e inteligencia llevan la marca de la violencia hacia y para las mujeres.³⁵ Una vez más vemos porque no podemos pensar la ideología meramente como una relación imaginaria sino que existen procesos simbólicos y un real³⁶ que se deben tomar en cuenta.

La intención con este pequeño resumen histórico es hacer visible que la “representación ideológica” de una princesa mantiene una faz oscura y violenta y que esta ambivalencia no ha desaparecido con el tiempo. Al contrario, estas dos caras de “ser una princesa” siguen vigentes, sólo que una se ha representado en los ideales y la otra se ha encarnado en las prácticas ascéticas que practican las jóvenes con anorexia y bulimia, en las que la violencia sigue emergiendo pero bajo diversas formas.

Para concluir este pequeño apartado nombraremos las características principales de una princesa: exacerbación de la fuerza de voluntad, el dominio sobre el cuerpo, ser causa de la envidia de los demás y la soledad. En ese sentido, el que una mujer sea interpelada a ser una princesa conllevara estos principios como mantras, a pesar del sufrimiento, las afecciones físicas y la soledad (en esos sentido la violencia) que podría acompañar dichas prácticas:

50 razones para amar a una princesa:

[1] son lindas [2] hay pocas [3] se ven bien... con lo que se pongan [4] buscan la perfección [5] son abrazables [6] besan rico [7] tienen dominio propio y fuerza de voluntad... [8] se visten bien [9] entran en los pantalones mas

³⁵ Hasta este momento hemos planteado que dentro de la ideología que interpela a las mujeres como princesas existe un monto de violencia que ha sido olvidado y excluido de la historia. En el siguiente apartado trataremos de dar cuenta que este monto de violencia hacia la mujer no sólo tiene que ver con otro que la ejerce sino una posición “específica” de la mujer en el vínculo con los otros y con ella misma.

³⁶ “Real” lo tomamos aquí como lo imposible de significar, el vacío que instituye al sujeto y los procesos históricos.

pequeños que existan [10] son populares [11] todos admiran sus cuerpos [12] tienen pulseras lindas [13] idolatran las pasarelas y quienes caminan por ahí [14] gritan o piden ayuda (humildad) [15] son Diferentes [16] las envidian [17] son delicadas [18] tienen metas y sueños [19] son rechazadas pero todas quieren ser como ellas [20] siempre tienen una thinspiration [21] son vanidosas -[22] tienen sentido de la moda [23] los piercings se les ven bien... [24] les dicen flacas pero las gordas mueren por estar así [25] les gusta el rojo y el morado [26] aman las fotos [27] les gustan las tiaras [28] son comprensibles y amigables [29] visten bien [30] todos y todas las miran al caminar [31] darían la vida por ti [32] son tus amigas [33] tienen más amigas anas y mías [34] temen a la obscuridad, pero más a la balanza [35] su espejo es su amigo y enemigo [36] no son racistas [37] conocen los alimentos y sus calorías [38] les encanta cocinar, pero no comerlo que hacen [39] son cibernéticas [40] son razonables, saben lo que es bueno y lo malo [41] la buena música siempre las acompaña [42] las discriminan [43] harían lo que fuera por ser una princesa [44] ellas tienen dominio sobre sus cuerpos [45] les gusta estar solas [46] nunca piensan en comida [47] aprenden de los errores [48] son románticas [49] son lloronas pero siempre tienen una sonrisa que regalar [50] son lo Maximo!³⁷

La segunda forma en que las jóvenes son interpeladas es a través de la figura de *enferma*: *Esta princesa juega a ser una víctima, todo es una tragedia y su mayor placer es quejarse y buscar la atención de otros.*

En el capítulo anterior habíamos analizado cómo el dispositivo de internamiento terapéutico construye y modela a las jóvenes como enfermas. La anorexia y la bulimia para el discurso médico-psiquiátrico es una enfermedad mental que tiene como base un trastorno, es decir, una irregularidad en las conductas alimentarias. Una vez que una joven

³⁷ <http://yanisprincesita.blogdiario.com/>

se acepta como anoréxica o bulímica acepta que tiene una enfermedad y por lo tanto existe la posibilidad de curación.

Esta construcción de enferma posibilitaba que el dispositivo pueda tener efectos subjetivos en las jóvenes sobre las que recaen las estrategias de rehabilitación. El paso necesario es de joven a paciente lo que ya implica tener una enfermedad y que haya otro, el médico, quien tenga el saber sobre lo que le pasa y además pueda curar.

La figura de la “enferma” es una interpelación ideológica que surgió a partir del siglo XVII con la ilustración y que se fue desarrollando en los siglos subsiguientes en la medida en que el discurso médico y científico fue adquiriendo predominancia frente a otros modelos explicativos. En la actualidad todos los sujetos con malestares físicos y/o emocionales somos interpelados por este tipo de ideología, cualquier conducta que es considerada irregular es tomada por una enfermedad mental: desde el trastorno por déficit de atención, la depresión, las toxicomanías y obviamente la anorexia y la bulimia. Esto ha permitido la producción teórica y todo tipo de intervenciones de carácter terapéutico y/o científico para estos malestares a partir de la producción de sujetos como enfermos.

Es así como en la actualidad tener anorexia y bulimia no se puede pensar sin la interpelación ideológica de enferma mental. Pero hay quienes al ser interpeladas desde este lugar tratan de desmarcarse produciendo discursos que difieren de dicha interpelación, para las jóvenes que escriben en los blogs Pro Ana y Mía, la anorexia ha dejado de ser una “enfermedad” y se ha constituido como un “estilo de vida”. Para ellas, estar enfermas tiene implicaciones severas: es ocupar el lugar de víctima, de sujeto sufriente, hacer de su existencia una tragedia y esperar la atención de otros a través de la queja.

Esto nos da la pauta para pensar que las jóvenes que construyen la anorexia y la bulimia como un “estilo de vida” producen una dimensión ética³⁸ en la que sostienen que su malestar no es una enfermedad sino una decisión individual, una manera específica de conducirse frente al malestar que las aqueja y frente a su existencia. Sin embargo, esta dimensión ética termina por caerse, se desquebraja al poco tiempo, al asumir que este estilo

³⁸ Para pensar la *dimensión ética* nos basaremos en lo propuesto por Miche Foucault (2007:59) cuando afirma que la ética es la forma reflexiva que toma la libertad.

de vida no es conducido por ellas, no es una decisión singular que nazca de una práctica de la libertad sino es el resultado de “ser tomadas” por Ana o Mía:

No es una Web para incitar a nadie a convertirse en algo que no es, no es una web para iniciarte en esto, ya que esto tu no lo eliges simplemente comienza en ti, en algun momento Ana o Mía e inclusive Ambas te consiguen, y no puedes escaparte de ellas, esta es una Web donde está todo lo que he hecho desde que Ana y Mia me consiguieron, es mi diario donde esta todo lo que sufro cuando subo de peso, y cuando me dicen que estoy gorda, y donde escribo todo lo que siento cuando se infla mi ego, cuando me dicen "que linda estas, estas adelgazando". Aquí expreso todo lo que pasa cuando traiciono a Ana y Mia me castiga por ser asquerosa y meter cochinas en mi cuerpo...³⁹

Lo que en un inicio pudo pensarse como el intento de desmarcarse de discursos formalizados, de escapar a la etiqueta de enferma mental y pensar otras posibilidades de conducirse frente al mundo cae de nuevo en el encierro, en ser un objeto de “algo o alguien” “Ana o Mía” quienes atrapan a estas jóvenes, las castigan, las degradan hasta convertirlas en simple instrumentos para sostener un ideal.

Pulsión mortífera escondida tras el disfraz de la ética y la libertad. Es verdad, ellas no están más en el lugar de víctimas, no hacen más de su vida una tragedia, ya no esperan la comprensión y la atención de los demás, ya no se quejan de su sufrimiento pero ahora gozan⁴⁰ del lugar subjetivo en el que se encuentran. Gozan al momento en que son rebajadas a objeto para el goce del Otro que encarnan las figuras no representables de Ana y Mía.

³⁹ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

⁴⁰ Más adelante estudiaremos la dimensión del goce que se expresa en las narraciones de estas jóvenes. Por ahora nos contentaremos con explicitar que *el goce* es esa dimensión que se hace manifiesta cuando en el dolor aparece algo de lo placentero con carácter de imperativo (Braunstein, 2003).

“La enferma” en estos casos es una interpelación fallida. El sujeto se niega a ocupar el lugar que le designan para colocarse en otro en el que el sufrimiento, la soledad y el dolor se convierten en condiciones imprescindibles de su existencia.

Para Althusser⁴¹ (Dolar, 1993) el reconocimiento es condición necesaria para la interpelación, que el sujeto se reconozca en la forma en que es interpelado. Sólo de esta manera podrá ser un sujeto constituido ideológicamente. No obstante observamos que el sujeto no siempre responde a esta interpelación, o para ser más específica, no responde de la manera en que se espera sino existen múltiples formas para responder a ella. *La interpelación de “enferma” es respondida desde un “estilo de vida” lo que no implica que no reconocerse en esta interpelación sea una manifestación de la libertad, autonomía o singularidad, el sujeto puede que responda a otro llamado, a otro lugar, como lo hacen estas jóvenes con Ana y Mía.*

Una puntualización más, nuestro argumento no implica que la interpelación de enferma no sea respondida, sea negada o anulada en su totalidad, al contrario y como lo hemos sostenido desde un inicio, la anorexia y la bulimia como enfermedades mentales desde el discurso médico psiquiátrico se encuentra vigente en estas páginas y permite cierta operatividad.

Estamos proponiendo que existen maneras de responder a esta interpelación, intentos de hacer con este llamado otra cosa, intentos de los sujetos que son interpelados por huir, desmarcarse de esta interpelación, sin embargo, y que gracias a que existen los procesos imaginarios y simbólicos ninguna interpelación es del todo exitosa. Por esta razón es que podemos leer en el comienzo de estas páginas la siguiente frase: “Esta es una página en pro de los trastornos alimenticios”

Es conveniente ser cuidadoso en las propuestas y hacer énfasis en las tonalidades de nuestras proposiciones. La interpelación es una construcción compleja en la que es

⁴¹ For Althusser, the recognition is the necessary and sufficient condition of subjectivity, which is thus necessarily and ideological notion.

evidente que ningún sujeto se encuentra fuera de ella, pero sí creemos que el sujeto responde de manera diversa a las diferentes interpelaciones a las que son llamados.

Nuestra tercera forma interpelativa es Speedy González: *También está quien se viste de Speedy González. Siempre está apresurada y todo es una urgencia. Se mantiene ocupada con tareas que la distraen para no tener que enfrentar los problemas serios que hay en su vida.*

El segundo enunciado de la oración es devastador: *Se mantiene ocupada con tareas que la distraen para no tener que enfrentar los problemas serios que hay en su vida.* Lo primero que llama nuestra atención respecto a esta frase es la manera en que estas jóvenes viven diariamente: mujeres de múltiples actividades, siempre corriendo y ocupadas, pero esto tiene un fin, que ellas se distraigan para no pensar en sus conflictos.

Graciela Strada (2002: 175), psicoanalista argentina, cuya gran parte de su clínica ha estado encaminada a este tipo de malestares comenta que la mayoría de las jovencitas que padecen de anorexia tienden a ser muy activas, inteligentes y curiosas, viven en un mundo de “falta de color” y dominado por preocupaciones y deberes.

El texto sugiere que estas muchachas se llenan de actividades para no pensar en los problemas serios de la vida; Strada nos indica que viven en un mundo gris lleno de responsabilidades ¿Acaso podríamos pensar una conexión entre ambos? Siguiendo con la propuesta de la psicoanalista, estas jóvenes experimentan un gran vacío y un sinsentido por la vida.

¿No será que este “llenarse” de actividades está en relación con ese vacío que experimentan? ¿No será un intento de lidiar con el sinsentido que les produce esta vida? No podemos responder cuáles son esos problemas “serios” que cada una de ellas seguro tendrá, sin embargo, esta oración nos deja entrever que existe “algo” en lo que ellas se sienten incapaces de enfrentar, que puede ser desde su entorno hasta sus vínculos con los otros.

Como lo señala una vez más esta psicoanalista: *A ella le embarga un vacío o que está más allá de la insatisfacción propia del ser humano, el desierto de su vida no está habitado de anhelos. por él no circula la palabra viva (Ibídem).*

Pero este ímpetu por estar ocupadas además de hablarnos de cómo ellas expresan su imposibilidad de hacer frente a sus conflictos emocionales nos regresa una pregunta: ¿Acaso las condiciones sociales actuales permiten que la juventud, y siendo más específica, las mujeres jóvenes tengan un espacio en el cual ser escuchadas?

Las dimensiones trabajadas con anticipación durante esta investigación: el discurso médico-psiquiátrico, los juegos entre la imagen y la belleza, los aparatos de salud y nutrición no están producidas para escuchar una voz singular o un malestar social. Al contrario, están construidos bajo la base de un bienestar universal que no deja espacio para el sinsentido, para el vacío y la incomodidad que denuncian estas jóvenes con su malestar.

La imposibilidad para pensar y elaborar los conflictos individuales está marcado por la exigencia social de los discursos y prácticas sobre la belleza y la salud. Como lo hemos trabajado, estos discursos juegan con la imagen y hacen de las prácticas un engaño.⁴² La mujer joven es interpelada a estos mandatos sociales en los que poco aparecen las problemáticas, los sinsentidos y el vacío que pueden experimentar. Negar los conflictos de existencia a favor de conseguir los ideales que propone esta sociedad:

Pienso en las barbaries cometidas en nombre de la belleza, la virginidad o el papel de la mujer, y ninguna me parece más extrema, más dolorosa y grave que la actual obsesión por la delgadez y la juventud⁴³

⁴² Recordemos que en capítulos pasados trabajamos el engaño: *individualizar para homogenizar*, en específico las intervenciones médico-estéticas. El engaño consiste en hacer pensar al individuo que es dueño de su cuerpo siempre y cuando se lo entregué a otro para corregir los defectos. La mujer puede escoger entre múltiples formas de alimentarse, ejercitarse y embellecerse, no obstante, desconoce que esto responde a ciertos estereotipos, a cierta ideología y ciertas tecnologías que producen lo “femenino”.

⁴³ <http://anymiaperu.blogspot.com/2007/10/ana-y-mia-peruanas.html>

Hemos decidido conjuntar las dos últimas formas en que las mujeres jóvenes son llamadas por la ideología debido a que todas estas figuras metafóricas intepelativas tienen relación estrecha con las figuras anteriores.

La primera de ellas es Einstein: *Además, están aquellas que se disfrazan de Einstein. Estos personajes pretenden ser intelectuales y le dejan saber a todo el mundo su superioridad académica. Parte de su actuación consiste en recitar su currículo. No consideran la opinión de los demás porque si otros están correctos, entonces ellas se sienten inferiores.*

La última, la figura del paramédico: *Otro de los disfraces más comunes es el de paramédico. Estas princesas son rescatadoras, sienten que tienen que intervenir en todo y que su ayuda es vital. Quieren ser indispensables y que todo el mundo las necesite para así ganarse el cariño de todos.*

Como ya había sido señalado, la mayoría de las mujeres que padecen de anorexia o bulimia tienden a ser muy dedicadas en sus actividades, el estudio es una de ellas. Sin embargo, esta princesa señala que, de la mano con esta inteligencia, aparece algo del orden de la soberbia y orgullo, además el no reconocimiento de las capacidades de los demás por temor a sentirse inferior.

Tal vez este temor a sentirse inferior se relaciona con la segunda figura, la del paramédico. En esta última ellas necesitan rescatar y sentir que su ayuda es vital para los demás, en ese sentido ser indispensables. ¿Pero para qué? Ella misma da la respuesta para *ganarse el cariño de todos.*

El reconocimiento juega un papel esencial para estas jóvenes. Recordemos que el reconocimiento siempre viene del Otro. Re-conocimiento es aquí el significante privilegiado. Estas jóvenes gozan de una inteligencia extraordinaria, son dedicadas en sus actividades, su vida académica es signo de logro y además gustan por ayudar a los demás, pero ¿para qué? ¿Qué ganancia obtienen? Nuestra hipótesis se sustenta en que *esa búsqueda de reconocimiento, esa necesidad de ayudar a los demás, es en realidad, una búsqueda de amor.*

Pero necesitamos pensar la relación que existe entre estos dos elementos. Anteriormente habíamos explicitado que esta tendencia a estar siempre ocupadas estaba en relación íntima con un sinsentido, un vacío existencial que ellas denuncian, sus ocupaciones les servían como defensas para enfrentar dicho malestar. Pero ahora vemos que se abre una nueva dimensión en las que sus esfuerzos no sólo son unos distractores sino que tienen destinatarios, las personas que las rodean: *sus ocupaciones, sus logros académicos y la ayuda a otros son una búsqueda de amor.*

¿Cómo explicar dicha relación? El argumento es estructural. Uno de los aportes significativos del psicoanálisis para pensar la diferencia sexual, en este sentido el género, es pensar la lógica en la que se inscribe cada uno de ellos. Lacan (2008b) siguiendo a Freud (2003b) en cuanto al Complejo de Edipo como tiempo estructurante para el sujeto planteará una diferencia básica: el hombre sale del complejo de Edipo por temor a la castración (complejo de castración) y la mujer entra al Edipo por la misma vía. Para hacerlo más claro, el hombre sale del complejo de Edipo por temor a perder el pene y la mujer entra al Edipo al darse cuenta que no tiene “nada” que perder.⁴⁴ Sin adentrarnos más en esta cuestión nuestra intención es resaltar que gracias al Complejo de Edipo el hombre se inscribe en la lógica del tener y la mujer en la lógica del ser.

La mujer desde el psicoanálisis buscará “ser” el objeto amado, buscará el amor de sus objetos. Es así como la búsqueda de reconocimiento es un intento fallido de demanda de amor:

HAZ DIETA MUJER, DEJA D COMER ASI, ASI NADIE NOS KIERE NI NOS DESEA, Y
SÉ Q ME LEERAS ASI Q HAZME CASO, KIERO LO MEJOR PA TI AMIXX!!⁴⁵

⁴⁴ Se advierte al lector que esta es una lectura resumida y simple acerca del Complejo de Edipo. Este tiempo estructurante del sujeto conlleva diversas posiciones del sujeto frente a la falta e incluye una lectura de los tres registros propuestos por Lacan (simbólico, imaginario y real). La intención es mencionarlo para dar fe a nuestra argumentación.

⁴⁵ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

Y es fallido en cuanto el reconocimiento no es amor y el amor no sólo tiene que ver con el reconocimiento. El reconocimiento se basa en un proceso imaginario, el amor es una expresión simbólica que se origina en el deseo del Otro (en este caso los padres como depositarios del mundo significante). No existe el amor incondicional y desde esta perspectiva la ayuda siempre es a condición de ser reconocido o amado.

Pero también hay otro cabo suelto, ¿por qué sentirse inferior frente a las opiniones de los otros? Tal vez porque ese lugar de “ser” el objeto reconocido y amado cae y se desquebraja.

Al mismo tiempo tendríamos que pensar si existe otra condición. En la anorexia y la bulimia encontramos un negativismo, un NO absoluto (Strada, 2002:88-89). Plantean un rechazo al alimento, junto con él, a la vida y junto a la vida sus vínculos con los otros: no es sólo que ellas se sientan inferiores frente a los razonamientos o argumentos de las personas, es que los rechazan, tratan de hacer del discurso de los demás una “nada”, agujerearlo: *la anoréxica hace falta, quiere hacer falta en una doble significación: faltar al Otro siendo un objeto de posible pérdida, promoviendo su interés, su deseo, y fabricar una falta en el Otro* (Ibíd. 88).

8.2 Ideología y biopolítica

Las figuras metafóricas interpelativas antes expuestas son las formas en que las jóvenes de hoy son llamadas por la ideología y las páginas Pro Ana y Mía son una evidencia que muestra las formas en que las jóvenes responden a dicha interpelación. Para ser más clara, la anorexia y bulimia son un efecto no previsto de dicha ideología y como tal expresan una experiencia.

Sin embargo, no podemos pensar la ideología sin su relación con lo que Foucault (2005: 168) ha llamado “biopolítica”. Para el historiador, la biopolítica es este mecanismo complejo, un dispositivo en el que el poder es la fuerza organizadora de prácticas y discursos a través del control sobre los cuerpos y una administración sobre la vida de los individuos. La biopolítica es *la manera como se ha procurado racionalizar los problemas*

planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas (Foucault, 2010c: 359).

Podemos dar cuenta como al poco tiempo de su emergencia, la anorexia y la bulimia se constituyeron como enfermedades mentales, en la actualidad son problemas de salud pública⁴⁶. La manera en que estos malestares han sido formalizados a través del discurso médico-psiquiátrico ha producido diversas formas de intervención para la rehabilitación de estos “trastornos”, maneras de proceder, de acercamiento y de comprensión.

La dimensión biopolítica en su relación con la anorexia y la bulimia no la podemos pensar sino en dos dimensiones: la primera dese el dispositivo de la feminidad que tratamos de desmontar en los primeros capítulos de esta investigación. Un dispositivo conformado por el discurso médico-psiquiátrico, por las prácticas de la salud e higiene acompañado de un aparato nutricional preocupado por la obesidad concebida como enfermedad orgánica y mental y por último el juego entre la belleza y la imagen. El dispositivo en relación con la biopolítica es una manera de administrar, regular y controlar el cuerpo y la vida de las mujeres. La biopolítica promueve un cuerpo delgado, sano, joven y bello conjuntamente con la imagen de la mujer disciplinada preocupada por su alimentación, por hacer ejercicio, independiente y con múltiples actividades.

Por otro lado, nos encontramos con otros dispositivos de carácter disciplinarios: los centros de rehabilitación para los trastornos de la conducta alimentaria. Estos dispositivos disciplinarios obedecen de igual manera a la biopolítica. Su tarea es que a través del internamiento, del hospital de día, de los talleres y del aprendizaje nutricional aquellas mujeres que se desviaron del proceso biopolítico puedan incluirse nuevamente a su lógica a través del conocimiento y cuidado de su cuerpo y alimentación que promueve una vida mental y física sana.

Sin embargo, no podemos negar que la anorexia y la bulimia nos enfrentan a una de las caras más duras de la biopolítica. Uno de los impactos más grandes que recibe el médico o

⁴⁶ Mora, Karla (28 de septiembre de 2011). “Anorexia y bulimia son problemas de salud pública: ALDF”. En <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota21282.html>, (28 de Junio de 2012)

cualquier figura en el campo de la salud o terapéutica es el ver la cercanía de estas jóvenes con la muerte. Estas jóvenes exponen un cuerpo que está en descomposición, un cuerpo aquejado por las más dolorosas afecciones físicas y un alma sufriente que se contrapone a una voluntad avasalladora. Las jóvenes hacen del control y la voluntad un estandarte, no les preocupa la pérdida excesiva de peso, no les preocupa los dolores físicos ni el peligro de morir. La anorexia y la bulimia hacen de su malestar un “estilo de vida”.

Con esto la regulación, el control sobre el cuerpo y la alimentación que promueve la biopolítica son llevados hasta sus últimas consecuencias: el control del cuerpo hasta reducirlo a la necesidad orgánica, expresión de que el cuerpo no es más un cuerpo deseante. La alimentación óptima se transforma en “comer nada”. La imagen del cuerpo delgado se trastoca en la imagen de un cuerpo desnutrido, esquelético. La voluntad que ejercen estas jóvenes sobre sí mismas no sólo se contrapone a los saberes médicos, sino que los sobrepasan, los transgreden.

Ellas saben de las afecciones físicas consecuencia de la falta de alimento, de su cercanía a la muerte, saben que su cuerpo ha perdido su forma y reconocen que su vida no es la misma:

Los ultimos 10 días he estado tomando sibutramina clorhidrato, 15mg 1 pill al día.. anteriormente tomaba de 10mg y no tuve efectos secundarios. Estos días no he tenido hambre esa parte es SUPER, y en verdad hasta ME CUESTA COMER me da asco ver la comida!! y eso me super emociona!! He intentado comer pechuga de pollo a la plancha? eww no puedo tragarlo siento una masa asquerosa en la boca al masticar, lo unico q he podido comer son rebanadas de jamon o queso.. y yogurt de resto todo me da asco... eso es bueno :o)!!

Por otro lado... He estado sintiendo Taquicardia... sobre todo cuando fumo (fumo aproximadamente 1 caja de cigarrillos al dia es decir 20 cigarros) para la ansiedad, pero me dan palpitations HORRIBLE! .. me ha dado un terrible dolor de espalda q no me deja dormir! Vivo con sed, ahora bebo al menos 4 o 5 litros de agua al día ... Me duelen las rodillas, codos, cuello, hasta los dedos :oS,

y se me ha inflamado 1 pie? no se si la inflamacion tenga q ver, pero es raro ..
Nunk me habia pasado esto tomando sibutramina pero bueno, quizas deba
cambiar a 10mg...⁴⁷

Ellas utilizan el saber médico para sus propios propósitos, el más importante bajar de peso, lo fragmentan, no funciona más para promover la salud y la curación sino para reafirmar su “estilo de vida”, les da soporte, les ayuda a continuar. *Los dispositivos de internamiento terapéutico son una estrategia dentro de la biopolítica, mientras que las páginas Pro Ana y Mía muestran una dimensión más bien táctica*⁴⁸. Ambos espacios comparten la misma lógica biopolítica pero cumplen objetivos distintos: las páginas Pro Ana Mía son espacios que las jóvenes han producido dentro y con la utilización que su mismo medio les dio para promover, trastorcar y transformar la experiencia de la anorexia y la bulimia en otra cosa más allá de la enfermedad mental. Lo que nos abre la pregunta ¿Cómo?

Por ahora nos contentaremos con decir que la metodología que Foucault construye deja de lado la cuestión de la ideología para centrarse en la relación compleja entre discursos y prácticas a través del ejercicio del poder, la conformación del saber y la producción de subjetividad. Nuestra propuesta es que no podemos dejar de pensar en una dimensión más amplia en la que las prácticas se insertan, esa dimensión es la ideología. *Las prácticas y los discursos son esos actos que los sujetos realizan para reconocerse como tales en su interpelación ideológica, una interpelación que no podemos dejar de pensar sino es en su relación con el poder y el saber. Ahora veremos cómo.*

⁴⁷ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

⁴⁸ De Certeau (2010: XLVII) ubicará la estrategia como *un lugar susceptible de circunscribirse como un lugar propio y luego servir de base a un manejo de sus relaciones con una exterioridad*. Mientras que la táctica para el mismo autor *no tiene un lugar propio, se insinúa fragmentariamente, sin tomarlo en su totalidad, si poder mantenerlo a distancia...son los procedimientos populares (minúsculos y cotidianos) que juegan con los mecanismos de la disciplina... "maneras de hacer" que constituyen las mil prácticas a través de las cuales los usuarios se reapropian del espacio organizados por los técnicos de la producción sociocultural (Ibídem: XLIV).*

8.3 Los juegos de verdad y las tecnologías del yo

Si sostenemos que las páginas Pro Ana y Mía se insertan como tácticas frente al dispositivo biopolítico que construye la feminidad en la actualidad es necesario averiguar los procesos o mecanismos involucrados en la conformación de estas páginas, en las que se deposita pero también se construye y promueve una experiencia.

Nuestra primera propuesta fue tratar de dilucidar la manera en que estas jóvenes respondían a la ideología. Dentro de sus narraciones pudimos observar que existe una interpelación a las que ellas responden desde diferentes figuras metafóricas, sin embargo, dentro de las páginas se expresa una experiencia más particular.

En diversas ocasiones habíamos señalados que estas jóvenes han conformado la anorexia y la bulimia como “estilo de vida”. Es momento que nos preguntemos por las implicaciones subjetivas de esta construcción. Nuestra propuesta es que el “estilo de vida” es un *juego de verdad*.

Michel Foucault (2007:81) define los “juegos de verdad” como *el conjunto de reglas de producción de la verdad. Es un conjunto de procedimientos que conducen a un determinado resultado, que puede ser considerado, en función de sus principios como válidos o no.*

Ahora, es imprescindible hacer notar una diferencia en el pensamiento de Foucault. Antes de su obra *Historia de la sexualidad* Foucault centraba su estudio en los ejercicios del poder que se establecían entre los sujetos que poseían un saber sobre los otros. No obstante, a partir de 1980 y hasta su muerte en 1984 Foucault sostendrá que ya no sólo se trata de ver los efectos del poder y el saber en la constitución subjetiva sino que es necesario hacer ver que estos ejercicios transforman la relación del sujeto consigo mismo. Así, los juegos de verdad *no tienen que ver con una práctica coercitiva, sino con una práctica de autotransformación del sujeto (Ibíd.55)*. Los juegos de verdad no pueden pensarse sino como un ejercicio sobre sí mismo que el sujeto entabla para acceder a cierto modo de ser.

Lo que plantea este historiador francés es que el sujeto mantiene una posición activa frente a los ejercicios del poder y la dimensión del saber que utilizan para transformarse

continuamente entablando una relación específica consigo mismo. Esta relación tiene como base los juegos de verdad que cada sujeto construya con lo que se le propone en su medio.

Por ejemplo, vemos como las páginas Pro Ana y Mía no se encuentran fuera del discurso médico-psiquiátrico pero si trastocan sus enunciaciones, esto posibilita una relación de las jóvenes con su cuerpo y con su existencia. Este es parte del diferimiento que más atrás habíamos planteado acerca de la enfermedad y el estilo de vida: *no es que exista el estilo de vida contrario a la enfermedad mental sino que se generó un desplazamiento en la significación, lo que permitió que se generara otro discurso en diferimiento al formalizado.*⁴⁹

Es necesario puntualizar que este “estilo de vida” no se reduce a una serie de prácticas específicas propuestas en un espacio virtual. Al contrario, si el estilo de vida tiene efectos en sus lectores más allá del uso que cada cibernauta le dé a cada una de las propuestas de la página es gracias a que construyen una dimensión ética. Para ilustrarlo tomaremos el siguiente fragmento:

La conversación de siempre:

Wannabe: Necesito ayuda

Ana: Que pasa?

Wannabe: Estoy gorda.. Kiero bajar de peso ... (y Luego la maldita pregunta) --

>> ¿ Como hago para bajar de peso?

Ana: Fuckk como haces para bajar de pesooooo?? COMO Q COMO HACES?

DEJA DE COMER!!

⁴⁹ A pesar de que no contamos con material para dar cuenta de cómo se lleva a cabo este diferimiento que ha sido nombrado en diversas ocasiones durante la investigación, se nos hizo imprescindible señalar que no existe una postura “contrapuesta” al discurso médico-psiquiátrico. Nuestra intención es resaltar, apoyados en el trabajo de Foucault, De Certeau y Derrida, que los sujetos construyen prácticas particulares, “minúsculas” que parten de las tecnologías predominantes y de la ideología hegemónica. Son estas prácticas fragmentarias las que posibilitan la transformación del sujeto.

Wannabe: ¿Como hago para dejar de comer?

Ana: Fuck y REFUCK ... Cierra la boca!!! Ten fuerza de voluntad! No dices q estas gorda? q kieres ser una princesa?? No dices que te das ascooo? o es q solo crees q esto es un juego?? Crees q esto no es peligroso? Estas metiendote en un problema serio... Estas jugando con tu salud, con tu vida... Estas poniendo en riesgo tu bienestar general! Q mierda haces en mi web? que haces leyendo lo que escribo?? Pq t llenas la mente con estos pensamientos?? Si no sabes ni lo q kieres! si NO PUEDES DEJAR DE COMER, SIMPLEMENTE NO SIRVES PARA ESTO NO ES LO QUE TU ERES... SI ESTO ES UNA ENFERMEDAD, UNA DISTORCION DE LA REALIDAD...!! No es para ti! y es mejor que se mantenga asi....

Kieres tener mal aliento? kieres sentir siempre frio?? Kieres tener los dientes amarillos? no poder salir? marearte? sentirte cansada solo por caminar de tu cama al baño? tener taquicardia? dejar la delicia de poder comer PQ SI ES UNA DELICIA una maldita delicia de la q cada dia intento alejarme pq es una maldicion.... Pq tuvimos q ser gordas?? Pq esta obseccion?

En fin esto no es para hablar de mi... es para las wannabe, asi que supongo que si ya leyeron esto NO ES QUE NO KIERA AYUDARLAS NO ES Q YO SEA UNA MIERDA, DE HECHO DEBERIAN CONSIDERARME SU AMIGA POR IGNORAR SUS CORREOS... Y POR NO AYUDARLAS... ESTO NO ES UN JUEGO... Ve a un nutricionista, hax ejercicio... No saben lo que daria por poderme ver al espejo y no sentir asco al verme.. por poder compartir con todos... por no sentirme culpable cada vez que como... por poder ser realmente feliz....

Espero haberme expresado lo suficientemente claro!!

Come se feliz y deja de preguntarme lo que no quieres saber⁵⁰

Es importante darnos cuenta que el dejar de comer aparece como una preocupación frecuente en las jóvenes que visitan este tipo de blogs y que varias jóvenes que buscaron

⁵⁰ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

apoyo, consejos de cómo bajar de peso se enfrentan con una negativa y una advertencia: *Esto no es un juego*. A pesar de los diferentes usos que se le den a estas páginas⁵¹ lo que están proponiendo es una dimensión que atañe más al sujeto en relación consigo mismo y no se reduce a las prácticas en sí mismas⁵². Es decir, no se trata sólo de no comer, de laxarse, vomitar o tomar sibutramina sino es, en primera instancia, una manera tal vez podríamos pensar experiencia, en que las jóvenes viven y significan su existencia. Es por eso que dentro de una misma página podemos encontrar narraciones que promueven este estilo de vida y a la vez adviertan a sus lectores de las afecciones físicas y el dolor que conlleva este tipo de vida.

El “estilo de vida” es un juego de verdad porque construye una *dimensión ética*⁵³ que encuentra dos vías específicas de conformación, las cuales encontraran puntos de convergencias: planteamos una vía estética y una vía moral (Recalcati, 2004: 89).

⁵¹ Entre los diversos usos encontramos la búsqueda de tips para bajar de peso, identificarse con Ana o con Mía, relacionarse con otras jóvenes que tienen el mismo malestar, etc. No contamos con material para dar cuenta de las diferencias de usos de estas páginas, sin embargo, a través de las narraciones podemos intuir algunos de ellos.

⁵² Esto nos hace pensar en la propuesta de Foucault. Él habla de “prácticas de sí” lo que sugiere la relación compleja entre las prácticas como actos en sí mismo y la dimensión subjetiva, singular y particular de cada práctica con el sujeto que las lleva a cabo.

⁵³ Hemos encontrado dos formas en que Foucault trabaja la dimensión ética. En *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad* (2007: 59) sostiene que la libertad es la condición ontológica de la ética, la manera reflexiva que adopta la libertad. Sin embargo, en *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres* (2011: 32) la ética es la manera en que el individuo debe dar forma a tal o cual parte de sí mismo como materia principal de su conducta moral, es decir, *el trabajo ético* implica una transformación como sujeto moral de las propias conductas que no necesariamente se aliena a una regla dada. El *sujeto moral* para el mismo autor (Ibidem. 32) es la manera en que un sujeto debe conducirse, constituirse en referencia a los elementos prescriptivos que constituyen un código: *dado un código de acciones y para un tipo determinado de acciones (que podemos definir por su grado de conformidad de divergencia en relación con ese código), hay diferentes maneras de “conducirse” moralmente, diferentes maneras para el individuo que busca actuar no simplemente como agente, sino como sujeto moral de tal acción*. Por fines argumentativos hemos decidido utilizar la definición que Foucault utiliza en *Historia de sexualidad* debido a que sostenemos (y lo justificaremos más adelante) que el “estilo de vida” no es un juego de

La vía estética está más cercana a la imagen y los ideales de belleza. Las jóvenes se impondrán diversas tecnologías para tratar de conformar su cuerpo a una imagen, lo que trae consecuencias subjetivas impactantes, lo que más tarde analizaremos. La segunda, la vía moral está más cercana a lo que hemos analizado con Foucault, estas jóvenes producen un código al cual estará dirigido sus acciones, con el tiempo este código se convierte en una figura tiránica y feroz (Ana y Mía).⁵⁴

Así, existirán diversos elementos que en su interacción con lo estético y lo moral producirán prácticas y enunciaciones, tecnologías que modelaran la relación de las jóvenes con su cuerpo y con su existencia produciendo una experiencia.

8.3.1 La voluntad y el control

Los primeros elementos que observamos en la construcción de esta dimensión ética son la *voluntad y el control*. Para estas jóvenes el dejar de comer implica control y es un ejercicio de voluntad:

**Solo por hoy.*

Solo por hoy no comere comida solida.

Solo por hoy sere fuerte para alcanzar mi cometido.

Solo por hoy cumplire mi meta del dia a dia.

Solo por hoy ayudame Ana a no pecar.

Solo por hoy no manchare mi cuerpo con comida que me destruye.

verdad basado en una práctica de la libertad, no existe una decisión que advenga de un acto reflexivo singular. Estas jóvenes dan testimonio de que Ana o Mía “las consiguen” o no saben cómo empezar a comer sin sentir náuseas o como sentirse bien con su cuerpo. Creemos que la definición de trabajo ético que utilizaremos es más abierta y nos permite comprender más profundamente este malestar.

⁵⁴ Para Recalcati (Ibíd., 89) la vía moral encuentra su fundamento en el Súper yo como agente inconsciente del imperativo moral.

Solo por hoy no fallare, mañana sera otro dia en el que repetire estas mismas palabras.

Solo por hoy tendre en cuenta lo que me hace falta para adelgazar.

Solo por hoy no sere debil

Solo por hoy... para la perfeccion que alcanzare con el trabajo que dia a dia construire.... solo por hoy⁵⁵

La voluntad queda circunscrita a un ejercicio diario para alcanzar la perfección. Aquí tenemos que ser muy cuidadosos, la voluntad está específicamente relacionada con adelgazar a través de los ayunos sin contemplar medidas purgativas o compensatorias como el vómito, los laxantes o la toma de sibutramina. Será la figura de Ana la que posea más voluntad que Mía, quien siempre es derrotada por el hambre y los atracones obligándola a recurrir continuamente al vómito y otras medidas purgativas.

Observamos que el ayuno mantiene aún un sentido religioso: *Sólo por hoy, ayudame Ana a no pecar⁵⁶*. El comer es un fallo y en ese sentido conlleva un sentimiento de culpa y de inferioridad: si alguna de estas jóvenes falló en su tarea y comió algo que no debía, si no respeto su régimen alimentario o si recurrió al vómito o se atracó se convierte en su juez más cruel. Comienza a reprocharse por lo débil que es para después nombrarse de forma despectiva como vaca, ballena, etc.

Si el comer está íntimamente asociado con la gula como pecado capital lo es por su relación con el placer. Ellas no desconocen que el comer causa una sensación de satisfacción pero tienen que renunciar a él como expresión de voluntad⁵⁷. Existe un pequeño trastocamiento de sentido: para ellas el comer puede ser un acto de amor y cariño,

⁵⁵ <http://yanisprincesita.blogdiario.com/>

⁵⁶ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/05/pecado-capital.html>

⁵⁷ El ejercicio ascético que encontrábamos en las Santas anoréxicas mantiene en la actualidad cierto aire de religiosidad relacionado con el pecado: la renuncia al placer para la obtención de una vida espiritual y manera de purificación.

pero la gula es “un deseo desordenado por el placer conectado con la comida o a la bebida”⁵⁸.

Desde su perspectiva la gula aparece cuando las personas “viven para comer” y no “comen para vivir”. Si seguimos con la misma línea interpretativa, es pecado porque es prohibido, seductor y placentero. Esto nos señala que el comer es una práctica de carácter afectivo, es una expresión de amor y cariño, pero también es una práctica sexualizada⁵⁹ que por algún motivo desconocido hasta ahora es vivido como amenazante.

Subvertido en la voluntad encontramos un imperativo de control que se expresa en la negativa de comer que posibilita en estas jóvenes una sensación de seguridad y de autoafirmación. El control se ejerce sobre el hambre, observamos diversas prácticas:

1.- Contar las calorías.

Estas jóvenes hacen diariamente un ejercicio de contar lo que comieron a través de las calorías consumidas, de esta manera se imponen las más feroces dietas en las que no pueden consumir más de 500 calorías diarias, lo que en alimentos se reduce a una manzana, una rebanada de pan y un pedazo de queso panela.

Cuando necesito comer tener algo en el estomago lo único que consumo es medio atún de agua que son 30 calorías o una sopa de verduras como la hago yo con 50 calorías y me tomo 20 por que en ocasiones no como ni un solo vegetal de los que trae la sopa que se que no la vomito en pocas ocasiones vomito el atún es que siento que no es necesario también consumo galletas integrales y muchas veces no la vomito mas bien quemamos esas calorías⁶⁰

2.- Las carreras.

⁵⁸ <http://amigasanymia.blogspot.mx/2007/05/pecado-capital.html>

⁵⁹ Aludimos a la sexualidad como las prácticas acompañadas por un monto de placer que no se reduce a la actividad genital ni a la satisfacción de necesidades fisiológicas (Pontalis, 1996).

⁶⁰ http://princesita0408.blogspot.mx/2007_11_01_archive.html

Son un régimen alimentario que entablan durante un lapso de tiempo para bajar cierto número de kilos. La práctica principal que constituye una carrera son los ayunos y una dieta basada en comida sin grasa y sin carbohidratos, el consumo excesivo de agua, tomar pastillas para inhibir el hambre y, en el caso de comer “algo” prohibido, recurrir a laxantes y vomito:

Yo consumo 4 vasos de agua por hora en todo el día consumo de 6 a 7 litros de agua.

No desayuno solo me tomo un vaso de jugo de naranja sin azúcar antes de irme hacer ejercicio me tomo una taza de te rojo y cuando termino una taza de te verde.

En el almuerzo mi vaso de coca cola Light con un paquete de galleta nesfit de fibra integral que tienen 125 calorías y por la tarde cligh con saborizante de fresa o te y eso si chicas agua hasta cansarme⁶¹

Las carreras son publicadas vía web y cualquiera puede sumarse a ellas. Son diseñadas por la autora del blog y aquellas que las siguen van notificando los resultados obtenidos: cuántos kilos bajaron, si tuvieron que recurrir a algún método de compensación o purga, las afecciones físicas que aparecieron, etc. Si alguna de ellas quiere claudicar en la tarea o si el régimen es muy difícil de seguir sus compañeras virtuales la apoyan y la incentivan a continuar con su propósito a través de afirmar que el camino que eligió no es fácil, que la perfección es un camino doloroso y que no quiere verse gorda.

3.-Ayuno.

A pesar de que ya hemos hecho algunos señalamientos respecto al ayuno creemos pertinente profundizar un poco más en esta práctica debido a que es la base de lo que ellas han conformado como “estilo de vida”. Anteriormente habíamos expuesto que el ayuno era

⁶¹ http://princesita0408.blogspot.mx/2007_11_01_archive.html

una práctica de carácter religioso que tenía como objetivo el ascetismo a través de la renuncia del placer y el deseo, en ese sentido, el ayuno es una práctica de purificación.⁶²

Las jóvenes creadoras de estos blogs sostienen que el dejar de comer por períodos prolongados de tiempo ayuda a desintoxicar el cuerpo, permitiendo que las células se renueven mejorando su salud física y mental:

El ayuno, como técnica para mejorar la salud, se basa en el principio de que las células necesitan renovarse para mantener unas buenas condiciones. Se ha comprobado científicamente, no solamente en hombres sino en muchos animales, que ayunar posibilita la depuración de las sustancias tóxicas de las células lo que determina una mejoría de las condiciones corporales y mentales de la persona que lo practica.⁶³

Entablan dos tipos de ayuno. El “total” que consiste en dejar de comer alimentos sólidos y sólo ingerir agua y tizanas por un lapso mínimo de tres días (breve) o hasta de quince días (prolongado) y el “parcial” en el que ingieren cierto tipo de alimentos como son zumos y caldos de verdura. En las carreras las jóvenes decidirán qué tipo de ayuno llevar a cabo y por cuánto tiempo.

4.- Peso.

Por último estas jóvenes construirán sus propios parámetros de peso en relación a su altura:

Tabla de Pesos Segun "Ana"

Altura(m) Kilogramos

⁶² No pretendemos eliminar la distancia histórica existente entre la anorexia y bulimia actual y las Santas Anoréxicas que encontrábamos en la Edad Media. Nuestro interés se enfoca en tratar de señalar que el dejar de comer es una práctica antigua siempre relacionada con la negación de la sexualidad y como forma de purificación.

⁶³ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/05/el-ayuno-es-una-prctica-que-consiste-en.html>

1.50 -->	38
1.53 -->	39
1.54 -->	40
1.55 -->	41
1.58 -->	42
1.60 -->	44
1.63 -->	45
1.65 -->	46
1.68 -->	47 ⁶⁴

Si a partir de los datos ofrecidos por estas páginas tratamos de calcular el Índice de Masa Corporal (IMC)⁶⁵ observamos que todos resultados ofrecen un IMC menor a 17 lo que implica un riesgo alto en la salud debido a que el organismo no cuenta con la grasa necesaria para llevar a cabo su funcionamiento básico. Un IMC por debajo a 18 denota desnutrición, riesgo a padecer un infarto y otras afecciones físicas.

Respecto a los comentarios de las jóvenes en relación con la tabla hay diversas posturas. Hay quienes asumen que llegar a esos pesos es una tarea imposible aludiendo que “sólo mis huesos pesan eso”, otras asumen que a pesar de ser difícil harán el intento y existen aquellas que sostienen que a partir del peso que ellas se habían propuesto decidirán si bajan más o no. Si bien la tabla está “fuera de la realidad”, aún para las mujeres que se embarcan en la tarea de ser Ana o Mía, lo importante es poder bajar de peso.

Hemos nombrado cuatro elementos que fundamentan la experiencia de estas mujeres. Todos ellos están interrelacionados, no podemos pensar la reducción de peso sin las carreras que estas jóvenes se imponen y no podemos pensar las carreras sin el contador de calorías y el ayuno que practican. Esto nos habla de una tecnología compleja que

⁶⁴ http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/05/tabla-de-pesos-segun-ana_08.html

⁶⁵ EL IMC o índice de Quetelet es una medición que relaciona el peso y la altura con la grasa corporal necesaria para el organismo. Su cálculo ha sido utilizado con frecuencia en casos de obesidad para identificar riesgos cardiacos o hipertensión.

construyen y llevan a cabo fuera de las páginas de internet pero que, al mismo tiempo, es difundida y compartida por el medio virtual.

Pero acerquemos un poco más al concepto de tecnología, Michel Foucault (1996:10) sostiene que *las tecnologías de "uno mismo" son aquellas técnicas que permiten a los individuos efectuar un cierto número de operaciones en sus propios cuerpos, en sus almas, en sus pensamientos, en sus conductas, y ello de un modo tal que los transforme a sí mismos, que los modifique, con el fin de alcanzar un cierto estado de perfección, o de felicidad, o de pureza, o de poder sobre natural*. Las prácticas antes mencionadas son técnicas que estas jóvenes realizan con la intención de modificar su cuerpo para así poder alcanzar un ideal estético de perfección íntimamente relacionado con dos formas éticas peculiares: la voluntad y el autocontrol.

La voluntad, como ya lo habíamos mencionado, es un ejercicio de control sobre el hambre y sobre el cuerpo. Es la expresión de querer reducir su cuerpo a la necesidad fisiológica y negar el placer, un cuerpo que no es más deseante, que no come y que se expone a las más dolorosas afecciones físicas. Un cuerpo que sufre, pero sobre todo, que se destina a la muerte, que no puede incluir los avatares de la vida y la existencia: *hacer de la vida del cuerpo un desierto, una ausencia, un campo inanimado* (Recalcati, 2004:89):

Mi vida amorosa esta decadente mis cambios de animo son impredecibles, estoy en un estado de ... Animacion Suspendida? Nada me alegra, nada me molesta, nada me interesa, no me dan ganas de tener sexo, no me dan ganas d comer, estoy como una muerta viviente desde q estoy con estas pills...⁶⁶

Pero, ¿qué implica el control? ¿Por qué estas jóvenes rehúsan el placer? ¿Qué pueden obtener del control que no encuentren en su vida cotidiana? En los capítulos anteriores habíamos visto cómo estas mujeres se llenan de actividades, esperan el reconocimiento de los demás y no encuentran en la vida un sentido que las provea de satisfacción, el control es una manera sustituta de satisfacción ante una vida gris.

⁶⁶ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

Nuestra apuesta es que el control les provee una satisfacción que por otros medios no pueden obtener, un placer que no tiene que ver con la saturar una necesidad fisiológica, ni siquiera con una satisfacción sexual. *El control es la expresión de un goce y aquí está el punto más complejo de nuestro de nuestra investigación.*

El goce no es una satisfacción placentera y de disfrute sino es la expresión de la desarticulación entre el sujeto y su mundo (Gerber, 2008). En el capítulo en el que trabajamos las figuras interpelativas habíamos visto que existen en estas jóvenes una necesidad de reconocimiento, más adelante sostuvimos que este reconocimiento no se podía pensar sino como una demanda de amor, es decir, lo que ellas buscaban no era tanto reconocimiento sino sentirse amadas. El problema se inscribe en que debido a su experiencia subjetiva el amor es equiparado a una imagen (por eso hablan en un primer momento de reconocimiento) de la mujer delgada y bella. Esto es, *su imagen en el espejo no concuerda con su mundo y es ahí, en ese punto de intersección donde el goce se fuga e inunda la existencia de estas jóvenes.*

Esa asimetría entre la imagen especular y el mundo hace que la imagen de la mujer bella y delgada haga semblante de objeto de deseo a través del engaño del ideal. Ellas conciben la perfección a través de la imagen y para conseguirla propondrán toda una serie de técnicas para cambiar su cuerpo y su forma de vida conformando un código moral propio. *La perfección es la búsqueda del amor a través de la realización del ideal:*

HABLEMOS CON LA VERDAD! *CON HECHOS REALES CON EXPERIENCIAS VIVIDAS..*

Es puro blablabla eso de que te quieran por tus sentimientos , eso es mentira a los gordos nadie los quiere creanme yo hablo por experiencia cuando pesaba 110 kilos hasta mis propias primas hermanas les daba pena salir conmigo y quien me miraba? por que mi novio de toda la vida en ese instante tenia otra que curioso que cuando baje de peso volvio. asi que no me vengan con historias de que me quiere por mis sentimientos lo que realmente habla es lo que has vivido por favor la primera que pese 110 kilos o que sea gorda y que no tenga plata y se consigio un guapo que la ama de verdad por favor que me escriba un email.

Seamos relista en este mundo todo entra por los ojos primero el físico por que los sentimientos vienen después.

Mis chicas las quiero mucho nos vemos ⁶⁷

El problema se inscribe en que la imagen del sujeto nunca podrá coincidir con él ni con la imagen ideal porque este último siempre viene del Otro: se conforma a través del narcisismo de los padres, las formas interpelativas de la ideología, los discursos de género, etc. También porque la imagen nunca responde a la realidad, la relación entre ambas siempre estará mediada por el lenguaje. Pero cuando el sujeto está empeñado a alcanzar su ideal el deseo como forma metonímica y metafórica⁶⁸ desaparece abriendo paso al goce.

Cuando la posibilidad de desplazamiento (metonimia) y de efectos de significación (metáfora) desaparece, el goce aparece en forma de aburrimiento, de sinsentido, de hastío y de vacío (Flesler, 2010: 37).

Así es que observamos que existe una insistencia del sujeto porque su imagen coincida con su ideal que esconde una demanda por ser amada. La asimetría que permitiría los desplazamientos y efectos de significación desaparece por lo que el deseo es reemplazado por un goce que se expresa a través del aburrimiento y el hastío. *El control es la expresión de ese goce.*

El control sobre el cuerpo y sobre el hambre se manifiesta a través de rituales obsesivos como los que ya hemos nombrado: el contar calorías, alcanzar un peso específico, consumir ciertos alimentos y el ayuno. Claro que el control se disfraza o se significa como expresión de voluntad.

Pero aún queda una cuestión más que abarcar respecto al goce. El goce no es la renuncia a una satisfacción, sino el intento de la satisfacción absoluta a través de un solo medio. Como lo habíamos sostenido el goce no es deseo, es decir, no hay metonimia ni metáfora

⁶⁷ <http://princesita0408.blogspot.mx/>

⁶⁸ Cuando aludimos a la forma metonímica y metafórica del deseo nos referimos a la posibilidad de que el deseo se desplace a través de la búsqueda de diversos objetos y a la posibilidad que en ese desplazamiento pueda producirse diversos efectos de sentido.

posible, el goce es continuo (el deseo implica discontinuidad e intermitencias), el deseo implica una regulación significativa, el goce no. El goce es ese *horror ante el placer, ignorado por el sujeto*. (Ibídem: 70). Se encuentra del lado del dolor relacionado con la pulsión de muerte que intenta conducir al sujeto a un nivel cero de tensión, es decir, a un estado inorgánico. *El goce es el placer que encuentra al sujeto en su sufrimiento*.

Si bien la voluntad y el control son expresiones de ese goce que conduce a las jóvenes a un estado inorgánico, nuestra intención es resaltar la relación intrínseca pero compleja que conforma al goce: el dolor y el placer. Pese a que una primera reflexión nos llevaría a indicar que la renuncia de carácter ascético llevada a cabo por las muchachas implicaría la negación de toda posibilidad de placer nosotros proponemos que es justo en esta renuncia donde se obtiene un monto no contemplado de él. Nos referimos a que, en todo sufrimiento existe un excedente, un más allá de dolor que hace límite con el placer, ese límite es el goce: *lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente, hay goce en el nivel en que comienza a aparecer dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada*” (Braunstein citando a Lacan, 2003: 17).

Retomemos, para estas jóvenes el comer es una actividad placentera (sexualizada), en ese sentido y (esta es un hipótesis que no podremos responder desde el material que tenemos pero que es conveniente seguir su argumentación) algo del orden de la sexualidad (en tanto placer) causa incomodidad en estas mujeres. El control se ejerce para domesticar dicha energía a través de lo que ellas llaman voluntad, pero en el mismo ejercicio del control “algo” se escapa y aparece, es decir, existe un más allá de la voluntad que ellas ya no pueden controlar y ese exceso es la satisfacción que ellas mismas encuentran en su control. Ese es el punto donde las prácticas ascéticas tienen “un plus” la satisfacción en el sufrimiento corporal y psíquico:

Hoy es mi 4to día de ayuno... ayer fue MUYYYY difícil... pero lo supere... he vivido estos días de café, té, agua, y cigarrillos... y siento super!!!...⁶⁹

Una anotación más, desde el psicoanálisis lacaniano el goce no puede ser pensado sino desde la dimensión del cuerpo. El goce es vivido “desde” y “en” el cuerpo pero sólo por mediación de lo imaginario: *El cuerpo se introduce en la economía del goce por la imagen del cuerpo. La relación del hombre con lo que llamamos así, con su cuerpo, si algo subraya muy bien que es imaginaria es el alcance que tiene en ella la imagen (Lacan, 2010: 91).* ¿Acaso no se ha señalado reiteradamente la predominancia de la imagen del cuerpo en este tipo de malestares? ¿Lo que denuncian estas mujeres con su malestar una y otra vez es que no les gusta la imagen que les regresa el espejo?

El goce desde este punto tiene relación por un lado con lo real⁷⁰ del cuerpo, es ese cuerpo que a la vista de todos está muriendo, que padece las taquicardias, al que le aparece el lanugo, el que tiene colitis o gastritis; es ese cuerpo que ha perdido su figura, su brillo y su vida. Pero existe otro cuerpo, el que aparece en el espejo, a través del cual ellas gozan.⁷¹

8.3.2 La purga y la compensación

El apartado anterior tuvo la intención de señalar aquellas tecnologías que estaban destinadas a ejercer el control sobre el cuerpo y el hambre. No obstante, no podemos dejar de señalar que también existen aquellas técnicas que persiguen el mismo fin pero que mantienen un carácter distinto. Hablamos de las prácticas compensatorias y purgativas.

Uno de los puntos principales es que estas medidas compensatorias y/o purgativas no sólo están destinadas a bajar de peso sino que en el despliegue de las narraciones observamos la apertura de dimensiones como la culpa y el castigo.

⁶⁹ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

⁷⁰ Lo “real” como lo imposible de significar, simbolizar o representar.

⁷¹ Seguiremos con estas reflexiones en los apartados siguientes.

1.- El atracón y el vómito

Dentro de estas páginas encontramos secciones destinadas a compartir “tips” para vomitar: desde la manera más fácil de hacerlo hasta consejos para que las personas cercanas no se den cuenta de este “hábito”. Un ejemplo es:

Chicas algunos de mis tips personales los voy a compartir con ustedes comencé primeramente como Mía comiendo todo lo que yo creía para mi concepto que era fácil vomitar:

Carne molida (ya no la consumo)

Puré de papa (que no quede duro)

Arroz de leche (tibio)

Sopas especialmente si eran de avena

Jugos

Guineo sancochado hecho papilla⁷²

Es conveniente que la práctica del vómito está relacionado con una sola figura de las páginas de internet: Mía.⁷³ A pesar que dentro de los criterios diagnósticos conformados por el DSM-IV (2003) tanto en la anorexia como en la bulimia podemos encontrar métodos purgativos y/o compensatorios⁷⁴ dentro del imaginario de estas jóvenes el vómito sólo se relaciona con la bulimia ¿por qué? Porque Ana representa la voluntad absoluta.

⁷² <http://princesita0408.blogspot.mx/>

⁷³ Recordemos que los nombres de las figuras metafóricas de estas páginas se originan de anorexia (Ana) y bulimia (Mía).

⁷⁴ Anorexia:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- b) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Recordemos que para estas jóvenes la perfección está íntimamente relacionada con un acto de voluntad y control: el ascetismo alimentario a partir de la práctica del ayuno. Ana como representante de la anorexia implica la disminución de peso a partir de la restricción. El objetivo de las jóvenes que se autodenominan Ana o Mía es bajar de peso a través de la no ingesta de comida, no a partir del vómito y no a partir de los laxantes, estas son concebidas como prácticas secundarias al objetivo principal.

Debido a que Ana muestra mayor voluntad para no comer y mayor control sobre su cuerpo es una figura más estimada que Mía, quien no puede dejar de comer y en muchas ocasiones tiene episodios de atracones y recurre con frecuencia al vómito como medida purgativa.

Dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV también podemos dar cuenta que uno de los parámetros diferenciales entre dichos trastornos es que en la anorexia se observa un peso por debajo del índice normal con un IMC menor a 17. La falta de ingesta alimenticia causa severos daños físicos como la amenorrea (falta de menstruación), desnutrición, insuficiencia cardíaca y lanugo.

Por el lado de la bulimia el criterio diagnóstico imprescindible es la presencia de atracones y medidas purgativas; esto implica que una mujer que padece de bulimia puede encontrarse en los niveles de peso considerados como normales, incluso por arriba de lo esperado.

c) Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Se especifica tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Mientras que para la bulimia los criterios son los siguientes:

a) Presencia de atracones recurrentes.

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

c) Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, dos veces a la semana durante un período de tres meses.

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

Entre las afecciones físicas encontramos insuficiencia cardiaca debido a la pérdida de potasio y sodio, hernia hiatal, reflujo gastrointestinal hasta presentar el riesgo de morir debido a una broncoaspiración del propio vómito.

El atracón según el DSM-IV (2003) se caracteriza por la ingesta de comida en un corto período de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar. Pero la característica más relevante de dicho episodio es la sensación de la pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Esto nos hace pensar que para la bulimia, el vómito aparece como una forma de restituir el control.

El control que es uno de los ejes articuladores del “estilo de vida” concebido como acto de voluntad siempre es fallido para Mía, quien manifiesta lapsos de tiempo en los que *se pierde* dicho control. La restricción para ellas se vuelve una práctica insostenible hasta conducir las, sin que ellas puedan hacer algo al respecto, a comer y comer más de lo que una persona cualquiera comería:

Anónimo said...

hola, volvi a ceder, tuve una discusion con mi novio, vivimos juntos, y volvi a caer, me siento asquerosa tuve toda la semana de ayuno completo y hoy a consecuencia de esa discusion me deprimi y estaba sola mi unica amiga en ese momento fue la comida por ke ana me abandono???? esoy desesperada y recurri a Mía pero no es igual pense que ana estaria conmigo siempre aunque todos se fueran pero hoy no fue asi necesito ayuda, no debo comer es horrible comer sentirse llena es terrible no \kiero comer pero hoy no lo pude controlar fue mas fuerte que yo ayudenme mis lindas princesas por favor.⁷⁵

Pero tenemos que ser cuidadosos respecto a los criterios del DSM IV. A pesar de que cuando una chica llega a evaluación nutricional y psicológica uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta son las prácticas de restricción, purga y compensación para verificar si efectivamente la joven tiene episodios de atracón o no, nuestro interés se

⁷⁵ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/05/avatars.html>

inclina más a lo que ellas nombran como pérdida de control. En estas páginas no existen como tal testimonios que señalen la presencia de un atracón tal cual está formalizado por el saber médico-psiquiátrico pero sí existe el atracón como experiencia subjetiva.

Esto hace más difícil vislumbrar una diferencia clara entre Ana y Mía, sin embargo, a través de las narraciones podemos dar cuenta que Mía se relaciona más con esta pérdida de control, con la ingesta de comida y con el vómito como medida purgativa.

Lo que queremos resaltar es que *la experiencia de ser Ana o Mía no coincide con los criterios diagnósticos del DSM-IV*. Una joven puede nombrarse Mía a pesar de que cumpla con todos los criterios diagnósticos de anorexia purgativa, es decir, *la anorexia y la bulimia son una experiencia subjetiva*.

La joven anoréxica puede llamarse a sí misma Mía porque recurre al vómito, a los laxantes o al ejercicio compulsivo, y también, porque *para ella* cualquier cantidad de comida consumida (sea poca, mucha o lo común) implica una pérdida de control, un fallo en el código ético-moral impuesto. Por eso es importante señalar desde este momento que *Ana y Mía son figuras metafóricas que a pesar de estar conformadas a partir del saber médico-psiquiátrico están sedimentadas en la experiencia de éstas jóvenes por lo que es pertinente dar cuenta de los matices y la operatividad de dichas figuras*.

Mía desde nuestra propuesta está más relacionada con la pérdida de control y con el castigo, Ana con la voluntad y la restricción. Cuando Ana falla es cuando aparece Mía, cuando la voluntad se quiebra aparecen las medidas purgativas:

hola soy jaog tengo 20 años y me gusto mucho tu blog la verdad pude ser ana durante una semana sin fallar hasta que tube una reunion familiar y cai ademas por que mi novio me obliga a comer. durante tres dias estubo pendiente de mi y me hizo comer necesito ayuda para volver al ritmo de antes estar llena es horrible pero no puedo vomitar es horrible ademas siendo mia siento muchos mareos y trastornos me gustaria tmbn que me pasaras unos tips para evitar el mareo help me please i want be a princess⁷⁶

⁷⁶ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/05/avatars.html>

Para Mía, los atracones, incluso la actividad de comer en sí misma siempre irá acompañada de conductas purgativas, la principal es el vómito aunque también podemos encontrar la toma de laxantes.

Al mismo tiempo el vómito se convierte en una práctica compleja que no se reduce a regresar los alimentos consumidos. Implica una serie de técnicas para llevarlo a cabo de manera adecuada: sacar la mayor cantidad de comida y no ser descubiertas por familiares o personas cercanas. Las jóvenes que visitan y construyen estos blogs comparten tips y consejos ayudándose en esta difícil tarea:

Si vas a vomitar, amárrate el pelo, y hazlo donde no se escuche

Come primero los alimententos con menos calóricas, así, si no lo puedes sacar todo, a menos quedará dentro lo que menos engorda.

» Trata de masticar bien todo para que salga más fácilmente.

» Evita el chocolate, los cítricos y los picantes.

» NO comas cosas rojas, a veces vomitarás sangre y no sabrás si es comida o no.

» Recuerda que, a pesar de vomitar, una cantidad de calorías ya ha sido absorbida.

» No vomites si ha pasado una hora desde que comiste, ya no servirá de nada.

» Cuando vayas a vomitar, lleva lo imprescindible:

- Goma de pelo: para recogerte el pelo.

- Bicarbonato de sodio: para enjuagarte la boca después.

- Mentas: mátenlas en tu boca unos minutos después para que tu boca no huelga mal.

- Gotas para los ojos: para que no se te noten los ojos enrojecidos.

- Pulverizador de colonia: para echar en el baño y para refrescarte tú.

» Busca lugares menos obvios que el baño.

» Si lo haces en tu cuarto y utilizas bolsas, ten cuidado con el ácido, pues es común que se agujereen las bolsas.

» Átate el pelo antes de vomitar, evitarás mancharte.

- » Abre todos los grifos que puedas o hazlo en la ducha. Pon música también, si puedes.
 - » Pon papel higiénico en la taza para no salpicar (ni salpicarte a ti misma).
 - » Al vomitar, no te arrodilles frente a la taza. Quédate de pie inclinada hacia delante, es mucho más sencillo que salga así la comida.
 - » Trata de no usar los dedos para no dejarte marcas en las manos. Usa un cepillo de dientes o un suspensorio de lengua.
 - » Ten cuidado de no atascar la taza o la ducha. Tira de la cadena cada cierto tiempo, pero no tanto como para levantar sospechas.
 - » Espera un rato, toma más agua y repite hasta asegurarte que ya no sale nada más que agua.
 - » Cuando acabes asegúrate de que no quede nada en la taza ni en el suelo.
 - » Puedes echar jabón en la taza para que no quede esa delatadora película de grasa.
 - » Lávate bien las manos y la cara y asegúrate de que no te has manchado.
 - » Después de vomitar enjuágate bien la boca con bicarbonato de sodio para evitar que los ácidos estomacales acaben con el esmalte de tus dientes.
 - » No te cepilles los dientes hasta pasado un buen rato.
 - » Echa colonia por el baño (y a ti misma) para que no huela.
 - » Lleva siempre gotas para los ojos ("Vispring" u otras) por si te quedan los ojos rojos después de vomitar.
- Consumir líquidos mantiene el estomago lleno.⁷⁷

El vómito se convierte en una técnica compleja que contempla diversas aristas. La primera relacionada directamente con los alimentos: masticar bien la comida para que sea más fácil regresarla, no comer cierto tipo de comida como picantes y comida roja para poder diferenciar entre sangre y alimentos y comer sólo aquellos que sean fáciles de devolver. Técnicas para que el acto de vomitar no sea complicado: tomar varios litros de agua antes de comer, después y durante para que la comida salga con mayor facilidad. Y por último, consejos para evitar ser descubiertas: llevar una liga para el cabello, bicarbonato de sodio

⁷⁷ <http://yanisprincesita.blogdiario.com/>

para limpiarse la boca, gotas para los ojos, colonia para el baño, hacerlo en diversos lugares y revisar que en la taza de baño no haya quedado huella de grasa.

Damos cuenta que las jóvenes están conscientes de que vomitar conlleva un riesgo, que no es aceptada por la familia y que por lo tanto tiene que ser un acto clandestino. El vomitar siempre será un acto que tiene que ser encubierto, secreto y singular, se convierte en un *ritual* que atiende, además del deseo por bajar de peso, a no responder a la demanda de los otros. Recordemos que en diversas narraciones observamos cómo varias de estas mujeres se sienten obligadas a comer, algunas por sus parejas sentimentales, otras por sus familiares, otras por amigos. Algunas de ellas simplemente sienten el “impulso” de comer lo que más tarde se vuelve insostenible.

La ingesta de comida se convierte de esta manera en un acto insoportable. A partir de él aparece el miedo a subir de peso, la culpa y el castigo. Si bien en apartados anteriormente habíamos sostenido que comer era una experiencia placentera insostenible, equiparada de manera religiosa con el pecado, en específico con el pecado capital de la gula; habría que señalar que todo pecado lo es porque algo del placer se juega en el mismo acto de prohibición, lo que hace más seductor la conducta del comer. Pero existe un segundo momento, una vez cometido el pecado, es decir una vez que la voluntad consciente falla y que se ha consumido cualquier alimento, lo que aparece es la culpa⁷⁸ que aparece tan intolerable que la única salida que encuentran es recurrir a medidas purgativas.

Sin embargo, para Freud (2003c [1914-1916]) la culpa es estructurante para el sujeto y aún para la cultura, para el psicoanalista viene todo sujeto actúa a partir de ella⁷⁹. Esto nos lleva a complejos problemas para entender un comportamiento tan extraño y mortífero como la práctica del vómito. Si seguimos la lectura freudiana existiría en estas jóvenes un

⁷⁸ Muchas mujeres que padecen bulimia ingieren alimentos hipercalóricos durante los episodios de atracón como pasteles, chocolates, pizzas, entre otros incrementando lo la sensación de culpa y las conductas purgativas. (Apfeldorfer, 2004: 42).

⁷⁹ Se profundizara en esta argumentación cuando analicemos la relación de estas mujeres con las figuras metafóricas de Ana y Mía.

sentimiento de culpa, aún antes de cualquier conducta purgativa sólo que ésta se haría consciente a partir de consumir el acto.⁸⁰

La propuesta sería que la restricción es un mecanismo de estas jóvenes para evitar y negar la sensación de culpa, y lo es en tal medida que después de vomitar se vuelven a imponer un régimen alimentario de carácter restrictivo aún mayor que el que tenían con anticipación. Recordemos además que estamos hablando que este tipo de prácticas se enmarcan en una dimensión ética construida bajo un código moral y todo código moral frente a su transgresión implicará culpa y castigo.

El castigo será un régimen alimentario más estricto que el anterior, pero también otras prácticas que implican el infringirse dolor como cortarse, golpearse y rasguñarse (conductas comunes que tienen las mujeres con este padecimiento y en la que percibimos la relación íntima con el cuerpo). Una joven de 16 años en tratamiento para la rehabilitación de la anorexia que frecuentemente visitaba este tipo de espacios cibernéticos contaba que cuando sentía que había fracasado en su día⁸¹ se castigaba, se golpeaba el estómago, se rasguñaba o incluso se arrancaba el cabello.

Las prácticas que hemos analizado que van desde el ayuno, el contador de calorías y las medidas purgativas como son el vómito y la toma de laxantes conforman parte de un código moral, que a su vez será la base de una dimensión ética basada en la voluntad y el control. Todo ello forma parte de un *juego de verdad* que ellas han denominado “estilo de vida”.

Este “estilo de vida” se figura en demasía con lo que Hinojosa (2009: 97) ha estudiado con el nombre de *inedia*. Siguiendo a este autor, la inedia es una voz latina de origen médico-dietético que proviene de Hildano que significa no comer. Con el paso del tiempo esta

⁸⁰ Para Freud (ibidem: 338) el sujeto *sufiría de una acuciante consciencia de culpa, de origen desconocido, y después de cometer una falta esa presión se aliviaría.*

⁸¹ Recordemos que para estas jóvenes el ser Ana o Mía es un ejercicio de voluntad de día a día debido al hambre que pueden llegar a sentir. El “estilo de vida” implica así una lucha de ellas con su mundo.

palabra adquirió una connotación religioso-moral que implicaba la renuncia voluntaria y el sacrificio.

Lo que proponemos es que a pesar de que estos blogs aparecen en la modernidad, en un tiempo en que las tecnologías de la información son el signo del progreso y de nuevas formas de vinculación entre los individuos, en el que la religión como sistema de creencia ya no predomina en la ideología hegemónica y en el que el discurso capitalista comanda la lógica social y política de nuestro mundo existen *malestares como el de la anorexia y la bulimia que aún se circunscriben en una gramática religiosa- moral, no en cuanto contenido pero sí en tanto formas de conducirse y posicionamientos subjetivos*.

No afirmamos que las páginas Pro Ana y Mía promuevan una religión basada en el ascetismo, sino que sus prácticas son comunes a aquellas que encontramos en la religión (católica) respecto a la voluntad, el ascetismo, el sacrificio y el castigo. Si desde un principio hemos sostenido que existe una dimensión ética conformada por un código moral ésta ha demostrado tener un carácter de religiosidad para estas jóvenes. El contenido difiere, sin embargo, existen posicionamientos y prácticas similares.

Tal vez convendría ser más cuidadosos con el término religiosidad. Valdría la pena aclarar que cuando hablamos de religión no nos referimos a un Dios o a los contenidos que las diversas religiones han producido a través del tiempo. Pensamos el término religión como *una experiencia con lo sagrado*⁸². A su vez, sagrado proviene de *sacer* que significa “santo” pero también “maldito” (Agamben, 2003), y este encuentra su expresión en lo que se conoce como “sacrificio”.

Pero, ¿dónde observamos lo “sagrado” dentro de este complejo anoréxico-bulímico? *En el ideal de perfección*.

Como hemos venido señalando, la perfección como horizonte ético se inscribe a partir de dos vías, la primera de ellas moral y ahora añadimos religiosa, y la segunda, la vía estética. La perfección es un imposible a alcanzar, pero sobretodo, es un imposible de significar e imaginar (lo que los Dioses son para las religiones). *La perfección es esa sacralidad como horizonte ético imposible de alcanzar*.

⁸² Re-ligazón con lo sagrado (Gerber, 2006: 111).

Pero más allá de la imposibilidad de significación o representación que conlleva la perfección como forma sagrada, pretendemos poner énfasis en su doble connotación. Para Agambem (Ibíd. 95) lo sagrado contempla una ambivalencia: *digno de veneración y que suscita terror*. La perfección es augusta y maldita: es en esta intersección donde se inscribe el sacrificio como la dedicación de los actos a lo sagrado.

Todas las prácticas antes analizadas son los sacrificios que estas jóvenes conllevan con miras a la perfección (y dentro de estos mismos actos observamos las dos dimensiones antes comentadas). Encontramos lo maldito, el dolor y el sufrimiento a través de la renuncia al placer pero también la satisfacción de ser un sujeto de voluntad. Las prácticas como el ayuno y el vómito son, como ellas mismas lo atestiguan, maneras de purificación, deshacerse de la comida como un mal que las habita.

Pero la comida es “mala” no sólo porque engorda y las aleja de la imagen delgada a las que ellas aspiran sino sobre todo porque comer siempre es una experiencia placentera:

Estaba una amiga con nosotros q pidió pollo frito con papas arroz y etcccc :oS
aaaaaaahh de todooo, ni se imaginan el asco q me daba verla comer eso, la
grasa del pollo en la comisura de los labios, su cara de placer al masticarlo y
rellenar su amorfo cuerpo con esa porkeria...⁸³

Y es en esa sensación de placer donde aparece el terror cuya expresión es el asco al cual aluden. La perfección queda enmarcada como horizonte ético de las prácticas ascéticas y el código moral que implica la culpa y los castigos, lo venerado y lo terrorífico.

2.- El ejercicio y las pastillas para inhibir el hambre o quemar grasa

Creímos pertinente dejar estas dos técnicas para el final de este apartado ya que son signo de la modernidad en la que nos encontramos. Ninguna tiene el carácter histórico que

⁸³ <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/advertencia-leeme.html>

habíamos encontrado en las anteriores, es decir, son parte de las nuevas técnicas de un mundo en vías de desarrollo. Es interesante señalar que dichas formas toman como base el saber médico que ya no queda sólo en manos de los representantes de salud, por último también nos señala el nuevo uso de las tecnologías de la información. El internet se ha convertido en el medio por antonomasia para la obtención de información en el despliegue de sus múltiples usos.

Podemos encontrar en él, como lo han hecho estas jóvenes, diferentes dietas, publicaciones acerca de los valores calóricos de los alimentos así como los avances médicos para combatir enfermedades como son la obesidad y la diabetes.

Estas técnicas se convierten en una intersección entre los descubrimientos médicos y las tecnologías de la información. El ejemplo más claro es la utilización de pastillas para inhibir el hambre o para quemar la grasa corporal:

L-Carnitina:

Hola a todos!!, este espacio es mas que todo pq estoy investigando el uso, resultados, dosis y efectos secundarios de la L-carnitina en forma localizada (inyectada) ya que he comenzado a usarla, alguna o alguno tiene una experiencia con este medicamento? Me gustaria mucho que me dejaran algunos coments acerca de ello!! Plis ayudita =o) Los kiero!!!⁸⁴

La carnitina es una sustancia derivada de aminoácidos que colabora en el metabolismo de los ácidos grasos que permite al organismo romper las grasas para producir la energía necesaria para muchos procesos biológicos esenciales.

Se emplea en el tratamiento de patologías en las que el organismo no produce carnitina natural, por ejemplo las enfermedades genéticas:

- Pérdida de carnitina durante la hemodiálisis.
- Miopatías (alteraciones musculares) por déficit de carnitina.

⁸⁴ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/06/l-carnitina.html>

- Enfermedades del miocardio (capa muscular del corazón) por déficit de carnitina o causadas por medicamentos como la adriamicina o los antidepresivos tricíclicos.
- Isquemia (flujo sanguíneo deficiente) miocárdica, como la que se produce en la angina de pecho, secuelas de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, arritmias, etc.⁸⁵

Anas y Mías utilizan este medicamento para adelgazar mediante la quema de grasa corporal que funciona a través de la transformación de la grasa en energía, por lo que fácilmente se puede observar la disminución del IMC.

Estas mujeres no sólo navegan por la red en busca de los nuevos medicamentos que las ayuden a bajar de peso sino que abren espacios de discusión e intercambio de experiencia en la toma de estas pastillas e inyecciones. Relatan a sus compañeras los efectos secundarios, les notifican si efectivamente las ha ayudado para adelgazar o si se corre el riesgo del “rebote”. En el caso de la L-Carnitina se observa que muchas mujeres que actualmente padecen anorexia o bulimia la consumen.

El otro gran caso es el de la sibutramina:

Lo weno es q el lunes comence a tomar sibutramina (gracias a dios) no conseguia en ninguna parte pero ya todo bajo control, pero ya hay 1 kg mas :o(. Tambien comence a inyectarme ayer L-carnitina asi q espero empezar a bajar medidas prontoooooo!!!...⁸⁶

...y ultimamente comienza a afectarme mucho la sibutramina, afectarme en el sentido físico y no solo de quitarme el hambre, me da mucha taquicardia, y mi resistencia ya no es la misma al hacer ejercicios, solo caminar me fatiga y siento

⁸⁵ <http://www.cun.es/area-salud/medicamentos/carnitina>

⁸⁶ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/06/l-carnitina.html>

q me desmayare, ya tngo 2 dias sin tomarla y estoy mejor por eso se que fueron los efectos de la pill...⁸⁷.

La sibutramina es un fármaco que era utilizado en el tratamiento para la obesidad y sobrepeso cuya función principal era la inhibición del hambre. Actualmente se ha distribuido información por medios electrónicos y revistas médicas acerca de los efectos negativos que produce la toma de dicho medicamento, incluso se ha prohibido su venta sin receta médica y se les recomienda a los nutricionistas y doctores que no la receten a sus pacientes. Hace dos años aproximadamente la PROFECO instó a los representantes de salud por optar por otras medidas para bajar de peso como el ejercicio y una alimentación saludable en sus pacientes debido a los riesgos físicos que conlleva el consumo de ese medicamento.⁸⁸

Sin embargo, esto no parece alertar a las jóvenes que se autodenominan Ana o Mía, la información médica respecto a los efectos piramidales de este tipo de medicamentos no será tomada en cuenta, o en su caso, no se le tomara la importancia debida. Es decir, frente al objetivo de bajar de peso el malestar físico o los riesgos de enfermedad o muerte pasan a un segundo plano. Si los efectos colaterales de dicho medicamento conllevan una molestia física grave, su uso será suspendido por un tiempo determinado en lo que el malestar pasa pero al sentir que están subiendo de peso volverán a consumirlo.

El ejercicio también se ha convertido en un método para adelgazar. A pesar de que en los últimos años el aparato de salud en México recomienda hacer por lo menos una hora de ejercicio diariamente, estas mujeres llevan este consejo hasta sus últimas consecuencias. Se imponen rutinas que en ocasiones exceden tres o cuatro horas diarias y se castigan o se sienten culpables sino la llevan a cabo. Así, el ejercicio se convierte en una imposición, una medida compensatoria que es fácilmente disfrazada a través del discurso de la salud y el bienestar físico.

⁸⁷ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/06/l-carnitina.html>

⁸⁸ http://www.profeco.gob.mx/Mucho_cuidado/2010/Sibutramina.asp

Bueeehhh en fin :o) voy camino a mi 5to dia d ayuno... tomando sibu...
inyectandome y haciendo ejercicio, aunque hoy comence a sentir l poco d
mareo, pero he estado trankila, tratare d hacer ejercicio en la medida d lo
posible, no kisiera desmayarme⁸⁹

Lo que queríamos resaltar con el desmontaje de estas prácticas compensatorias y/o
purgativas es que estas jóvenes erigen un estilo de vida complejo caracterizado por la
rigidez y la culpa.

También era nuestra intención puntualizar cómo a ellas no les importa los riesgos físicos
inminentes consecuencia de sus prácticas. No sólo se trata de la taquicardia, los mareos o
el cansancio sino que ellos son el signo de afecciones más severas como piedras en la
vesícula, paros cardiacos, el riesgo a la broncoaspiración del vómito, entre otros.

Malestares que las colocan en el límite entre la vida y la muerte. Son mujeres que al tener
acceso a información acerca de los riesgos que conlleva su estilo de vida la utilizan en el
sentido contrario de lo que los representantes de salud esperarían. Si se publica un artículo
sobre nuevos medicamentos para el tratamiento de la obesidad ellas no dudarán en
utilizarlo para bajar de peso a pesar de que se encuentren en un estado de desnutrición
severa. Los consejos y campañas para hacer ejercicio son utilizados como mecanismo
compensatorio.

Y lo más preocupante es que estas prácticas se cristalizan al enmarcarse en lo que ellas han
denominado su “estilo de vida”, lo que hace mucho más difícil su anulación. Es decir, estas
prácticas son cuasi inamovibles porque son parte de una dimensión ética que ellas mismas
han construido, estas prácticas son consideradas necesarias si quieren alcanzar el ideal que
se han propuesto: la perfección.

⁸⁹ <http://amigasanaymia.blogspot.mx/2007/06/l-carnitina.html>

3.3.3 Thispiration: la vía estética

Pero no podemos entender el peso de estas prácticas sino tratamos de redimensionarlas en lo que antes habíamos denominado la *vía estética*. Habíamos planteado que estas técnicas formaban parte de un código moral pero éste no se puede pensar sin su contraparte de lo estético que siempre está en juego.

La vía estética (como ya lo habíamos señalado) tiene que ver con la imagen en tanto ideal. Recalcati (2004: 89) afirma que encuentra su fundamento *en la fascinación narcisística que captura al sujeto en el espejo*. Para ser más explícitos, lo que el psicoanalista italiano nos propone es que lo estético en la anorexia y la bulimia se sostiene en “el cuerpo como debería ser”. Un cuerpo que no quiere diferencia entre la imagen y su ser.

Para dar cuenta de ello es necesario nombrar dos puntos imprescindibles. El primero tiene que ver con el malestar denunciado por estas jóvenes en cuanto no les gusta la imagen que aparece en el espejo y todas sus prácticas restrictivas, purgativas y compensatorias tienen el objetivo de encontrar una coherencia entre lo que ven en el espejo y lo que creen que son.

Es que debo madurar aceptarme como soy? Pq no puedo hacerlo y ya? pq me doy tanto asco? pq mi novio me dice q estoy wena para despues decirme que no le gusta mi cuerpo pq tngo marcas d embarazo? (aki es donde la gente dice " es q el no t kiere como eres, tienes q buscar alaguien q t kiera como sos") pero, que pasa si hasta tu familia t discrimina x ser asi? tus amigos... todos?? entonces que? soy yo la que esta mal y todos los demas estan bien? pq la gente es tan hipocrita? Nc q mierda pasa nc q pensar. no puedo aceptarme, me siento horrible.... fisicamente agotada, mentalmente destruida... sentimentalmente egoista.... si, egoista obvio pq solo pienso en mi misma, en cambiar lo que soy pq no me gusta...! Y nunk me va a gustar!! es un maldito circulo vicioso q kiero q se termine pero no se acaba, es como una pesadilla de la q no puedo despertar desde hace mucho... y me esta haciendo mucho daño...

Estos días he estado mal comi como cerda x 2 días, aumente 2 k cada maldito día que estuve deprimida....! Esto es una mierda, kiero despertar ya, pq siempre ha sido tan importante el físico para mí? pq soy así?? hay más en las personas!! esta la bondad, la inteligencia, la amistad, el amor, pero creo q no he podido conseguir eso en ninguna parte!! pq solo veo lo de afuera... solo veo el cuerpo, el color d piel, lo bonito del cabello, la ropa.... Algun día podre ver más en las personas? algun día respetare mi cuerpo y lo hare dejar de sufrir? x mi egoísmo? dejare de destruirme?? pq SE lo q estoy haciendo solo q NO PUEDO DETENERME esta en mí... y es todo.... Yo no busque todo esto, entonces pq pasa... pq siento q no valgo nada si no soy flaca, q nadie vale nada si no pesa menos de 50k... Y pq la gente insiste en seguir diciendome mis defectos? FISICOS! lo demás no me importa PQ ME RECUERDAN Q TNGO Q SER MAS FLACA? Q TNGO MARCAS D EMBARAZO? fuck pq tngo q tener una piel tan remierda, malditas estrias, maldito color moreno q odio!! Si fuese blanca no me pasaria todo esto!! Simplemente me odio....!!! Todo en mí es un asco!! Voy mal en la uni... ya no puedo concentrarme solo puedo pensar en dietas, me la paso viendo a la gente q camina a mí alrededor calculando su imc y su peso! y el ideal q deberian tener, pq ellos no piensan eso? pq pienso yo todo esto ?? Kiero deternerme pero sé q no pasara... ya no kiero ser mas así :o(... Pero no puedo evitarlo....⁹⁰

Pero, ¿Cómo analizar esta disimetría entre la imagen y el ser? Empezaremos por señalar que la imagen es constitutiva para la vida psíquica del sujeto, una vuelta más, se produce una transformación en el sujeto cuando asume una imagen (Lacan, 2007:87). Nos referimos al *Estadio del espejo como formador de la función del Yo* como momento lógico fundante en la constitución psíquica del sujeto en relación con su realidad.

El niño entre los seis meses y un año aproximadamente, que aún no ha adquirido la función del lenguaje, presencia el espectáculo del reconocimiento de su propia imagen en el espejo, juega con el otro (su madre) a mirarse, la mira pero también la ve mirarlo y de esta manera la hace aparecer y desaparecer de su campo de visión.

⁹⁰ <http://amigasanymia.blogspot.mx>

En ese momento dará cuenta que detrás del espejo no hay nadie sino que lo que le regresa su propia mirada vía el reconocimiento de la madre es una imagen, la suya. Su madre le verificara que lo que ve en el espejo es él y que esa forma tiene un nombre.

Este proceso de identificación vía la mirada y reconocimiento del otro hace que el sujeto se enamore de su imagen, es lo que Freud ha llamado *narcisismo*. El estadio del espejo, es ese momento lógico en que el cuerpo que hasta ese momento era vívido como fragmentado se conforma en una unidad imaginaria, esto le permitirá que más adelante pueda hablar de un “yo” y todo cuanto amenace a ese “yo” aparecerá como amenaza de disolución, de regresarlo a esa fragmentación originaria (Braunstein, 2008:109).

Este momento lógico tiene serias repercusiones en la vida ulterior del sujeto. Habría que señalar que a pesar de la unificación imaginaria del sujeto algo queda fuera, es decir, la imagen lo representa *pero no es él, la imagen queda fuera del sujeto*. Cuando el sujeto pueda denominar a esa imagen como “yo” y utilizar esa imagen como representación de sí en el vínculo con los otros, caerá en el engaño de que esa imagen es la síntesis de su ser y lugar de experiencia. Lo que quedo fuera de esa representación, esto es, lo que *no es yo*, no podrá ser reintegrado en su discurso: *la experiencia especular, a la vez que funda al sujeto en su unicidad, lo conduce al desconocimiento de sí mismo en tanto que algo-mucho-de su experiencia no puede ser referido a su imagen (Ibíd. 113)*.

Otro punto, la imagen siempre estará fundamentada sobre la base del deseo del Otro, es decir, del registro simbólico. Nos referimos que el niño en ese momento fundante es colocado en una posición singular frente al deseo del Otro (padre, madre, etc.). Para ser más clara, Lacan (Óp. Cit. 89) dirá que la función del estadio del espejo se revela como ese momento lógico en que la función de la imagen le permite al sujeto establecer una relación con la realidad (que siempre está mediada por el registro simbólico).

Esto nos permite pensar en los efectos ulteriores de este momento lógico. El sujeto cree que su imagen es él y que su experiencia está basada en esta imagen. Esta relación con su imagen en su relación con lo simbólico determinará su relación con la realidad.

El problema con la imagen en la anorexia y la bulimia encuentra uno de sus orígenes en esta *asimetría estructural de la representación del sujeto consigo mismo*. Ellas hacen de su imagen su ser y se esfuerzan para que esa imagen coincida consigo mismas, el excedente que observan en la imagen es aquello imposible de simbolizar en el espejo.

Además esta asimetría perpetua entre la imagen y su ser sujetos también tendrá efectos en los vínculos que establezcan con los demás y con su realidad en general. ¿A qué nos referimos con esto?

Cuando hablábamos de la vía moral en la anorexia y la bulimia señalamos que desde nuestra propuesta, retomando a Recalcati, lo moral no podía pensarse sino como una forma superyoica que en estas jóvenes se representaba por la figura tiránica, hipercrítica y gozosa de Ana y Mía. Esto significa que en el estadio del espejo la mirada del Otro (madre, padre, etc) que debió haber tendido al reconocimiento recíproco fue una mirada crítica y hostil. Es decir, todos esos reproches que observamos en las narraciones expuestas, todos esos intentos por ser perfectas, esa insistencia por querer ser más delgadas es el punto donde lo moral y lo estético convergen. *Es la crítica superyoica tiránica que obliga al sujeto a ser su ideal imaginario*. Tal vez es esta la razón por la que estas jóvenes son tan sensibles a la crítica y los desprecios de los demás. No es que los demás realmente las desprecien, es que cualquier comentario es una interpelación al llamado superyoico⁹¹.

Los intentos por adelgazar son una manera de contrarrestar la hipercrítica superyoica a través de sobrelibidinar la imagen del cuerpo. Otra forma de decirlo, es un modo de tratar de hacer de la imagen uno con el ser a través del control y el ejercicio de la voluntad.

Lo que más adelante observamos es devastador, incluso si ellas consiguen bajar de peso, en algunos casos hasta poner en riesgo su vida, ese exceso que no se simbolizó sigue apareciendo:

⁹¹ Siguiendo la propuesta de Recalcati (Óp. Cit.110), afirmará que *la escena de la anoréxica se ubica en el espejo...algo de esta constitución estuvo perturbada. El otro no se ofrece como especularidad simbólica buena, positiva, capaz de reproducir reconocimiento, pero destila por así decir, una mueca..es la escena de un rechazo en el espejo del Otro.*

Hello, por acá de nuevo... Y algo extrañada... Hoy me tome mis medidas... tenia tiempo sin hacerlo... y pues baje de todo pero en la cintura aumente... no entiendo? y lo peor es que he bajado de peso... pero siento q mi panza sube... pq? les ha pasado? q kiere decir esto?? sera pq tengo la menstruacion? pq comence a tomar pastillas anticonceptivas? no entiendo.. m siento frustrada, pq la bascula marca un peso... los cm de mi busto, cadera, piernas y brazos bajaron pero mi panza crece?? WTF? ahora todo se me va a ir a la panza? Pliz diganme que pasa si saben??⁹²

El segundo punto que queríamos resaltar es que este (in)dominio de la imagen adquiere propiedades rígidas y específicas. A través de la libidinación narcisística la imagen se convierte en un objeto separado del sujeto⁹³ y desde aquí la imagen para el sujeto implica el control sobre el cuerpo pero también *el goce de la imagen del cuerpo*.⁹⁴ *Es hacer de la imagen del cuerpo un lugar investido libidinalmente como otro*. Si el estadio del espejo es un momento lógico constitutivo para la vida psíquica del sujeto lo que intentan las jóvenes con anorexia y bulimia es hacer una imagen constituida por voluntad (Recalcati Óp.cit: 117).

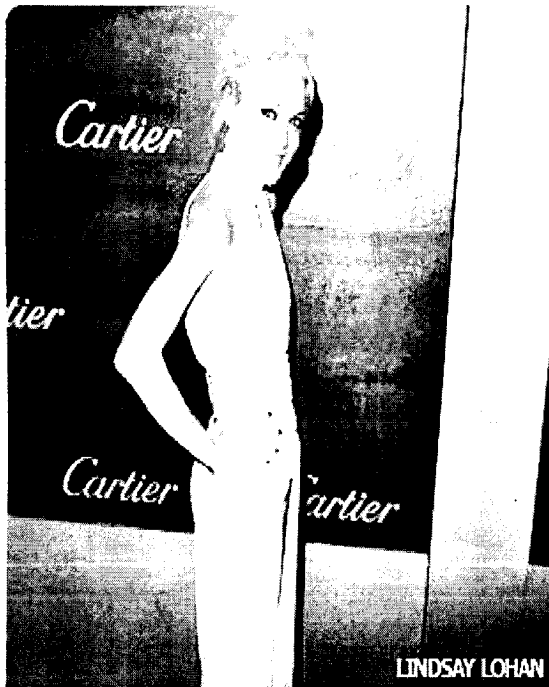
Lo que hacen estas jóvenes es *establecer un ideal del yo basado en una imagen como signo al cual se identifican*. Esta es la vía estética a la cual nos referimos y dentro de ellas podemos observar diversos matices.

Dentro de las páginas Pro Ana y Mía encontramos una sección que se llama “Thinspiration” que está constituida por imágenes de personajes del medio artístico como las hermanas Olsen, Lindsay Lohan, Avril Lavinge y diversas modelos además de jóvenes con anorexia. Figuras brutalmente delgadas:

⁹² <http://princesita0408.blogspot.mx/>

⁹³ Recalcati (Óp. Cit. 114) llamará a este fenómeno *prótesis imaginaria*.

⁹⁴ En capítulos anteriores ya habíamos hecho mención de la relación intrínseca entre el goce y la imagen. Nuestro interés es profundizar en dicho vínculo incluyendo otros componentes.





El objetivo de dicho apartado es que, a través de las imágenes, las jóvenes que visitan estos espacios puedan “inspirarse” a continuar con su arduo objetivo, pero también es de realzar que este tipo de personajes, todos ellos con anorexia, son colocados en el lugar del Ideal el cual el sujeto aspira alcanzar.

A esto nos referíamos cuando afirmábamos que las jóvenes con anorexia y bulimia hacen de la imagen un signo. Al ser imágenes, lo que está representado en estas páginas no hay cabida para la ambigüedad, el sinsentido o la incomodidad. Estas mujeres fungen como ideal a estas jóvenes pero sólo en tanto representación, no hay un más allá de ellas “*son imágenes*”.

La función del Thispiration es que estas mujeres en su calidad de imágenes funjan como modelo, como insignia de belleza. *Son el representante de la “perfección” que se hace signo a través la imagen*, siendo la única manera en que puede ser representada porque no hay significación, concepto o noción que dé noticia de la perfección como algo realizable incluso posible. La perfección deviene imagen y es cubierta por otros valores como la voluntad y el control.

Pero aún queda una cuestión más por trabajar respecto a las imágenes que se ofrecen a la vista en la sección de Thinspiration. No podemos reducir nuestra argumentación a que la imagen es la que causa las conductas restrictivas y/o purgativas a través del ideal. Nuestra propuesta es que este ideal implica la falta de la mediación simbólica: un ideal sin la posibilidad de falta, esto es, sin la posibilidad de que caiga, sin la posibilidad de error o ambigüedad deviene en las imágenes antes vistas. Son imágenes que muestran un cuerpo descarnado, etéreo, sin deseo y podríamos hasta afirmar, cuerpos sin vida.

8.4 Ana y Mía: los significantes convocantes.

Hasta ahora hemos realizado un recorrido por las páginas Pro Ana y Mía para dar cuenta de la experiencia de la experiencia que se produce en dichos espacios. Nuestro primer objetivo consistió en vislumbrar las formas ideológicas en que estas mujeres han sido interpeladas. Después creímos imprescindible tratar de construir un vínculo epistemológico entre la noción de *interpelación* propuesta originariamente por Louis Althusser y la *biopolítica*, concepto proveniente de Michel Foucault. A pesar de que Foucault se desmarcó desde un inicio del concepto de ideología, no podemos dejar de pensar que existe una relación íntima entre la interpelación y las prácticas como medio en que los individuos transforman la relación consigo mismos.

Más adelante dimos cuenta que el “estilo de vida” promovido en estos blogs es un “juego de verdad” construido con base en una dimensión ética producida por las jóvenes a través del trastocamiento del discurso médico-psiquiátrico, lo que nos señalaba que el siguiente paso era vislumbrar las tecnologías que lo sostenían por lo que era necesario redimensionar las prácticas para entrever los efectos subjetivos. En ese transcurso aludimos a que el horizonte ético que sostenía dicha experiencia se conforma a partir de la vía moral y la vía estética.

Estos tiempos nos permitieron delinear una experiencia compleja que se plasma y se produce en estos espacios cibernéticos a través de la dimensión del poder, el saber y la dimensión subjetiva (planteada en términos de transformación de relación con uno mismo).

Sin embargo, falta nombrar y analizar un elemento que habíamos propuesto en nuestro marco teórico: la *experiencia* desde Slavoj Žižek (2010) se plantea en términos de un significante que anudaría lo antes expuesto.

Es importante mencionar que, en un primer momento, pensamos que ese significante que anudaba dicha experiencia era “estilo de vida” y aun creemos que es un significante que anuda mucho de lo que se propone en estas páginas. No obstante, los significantes Ana y Mía son los que permiten que “el estilo de vida” se formalice en lo que hemos encontrado.

Es decir, no habría como tal “un estilo de vida” si no hubiera Anas o Mías que se nombraran de esta forma y se adscribieran a él. Ana y Mía, entonces, son esos dos significantes que nos dejan ver que lo que se propone dentro de estas páginas es una experiencia subjetiva que se ha colectivizado a través de la distribución electrónica. En este punto es pertinente señalar que mientras haya jóvenes que se denominen princesas, Ana o Mía los blogs seguirán teniendo efecto. El riesgo es enorme porque a pesar de que muchos de estos espacios han sido eliminados por las autoridades al poco tiempo aparecerán otros similares.

Entonces valdría la pena puntualizar la relación entre los significantes Ana, Mía y la virtualidad. Como ya lo habíamos mencionado, estos blogs permiten el anonimato y esto a su vez permite que las jóvenes reemplacen su nombre con el de Ana o Mía. Según Gracia (2007:229) esto provocaría en estas cibernautas la sensación de pertenencia y solidaridad entre los miembros, al mismo tiempo que les permite camuflajear su identidad real.

Pero regresemos un paso, ellas han planteado que los blogs son páginas a favor de los desórdenes alimentarios, también ya hemos comentado que dentro de estos espacios encontramos publicaciones médicas acerca de medicamentos, valores calóricos de alimentos, consecuencias físicas de padecer anorexia y bulimia, etc. Con esto no podemos dudar de que estas mujeres *saben* de su padecimiento, ya sea porque algunas han ido con psicólogos o psiquiatras que les advierten y las diagnostican como enfermas mentales, o, porque han leído acerca de estos “trastornos” incluso porque han recibido comentarios de familiares o amigos.

De la mano, muchas de estas mujeres que llegan a consulta médica y/o psicológica no presentan ninguna preocupación por su malestar, no experimentan su delgadez extrema y sus síntomas físicos como un problema.

Lo que emerge es una lucha entre voluntades⁹⁵, la del representante de salud que las designa como enfermas y ellas que afirman que no tienen ningún problema (ya hemos señalado que si algo caracteriza a estas mujeres es su rigidez y voluntad). *En esta lucha de voluntades y de saber es donde se insertan los significantes Ana y Mía como la posibilidad de “ser otra” más allá de enfermas.*

Pero habrá que ser cuidadosos, ser Ana o Mía implica un doble movimiento subjetivo. Existe cierto reconocimiento como anoréxica o bulímica pero se separan y producen lo que es Ana o Mía. Podríamos pensar dicho fenómeno como una resistencia que estas jóvenes ponen no sólo al discurso médico psiquiátrico sino en una dimensión más amplia, la de la subjetividad. Es decir, “ser enferma” es un significante que cristalizaría su experiencia en marcos médicos-biológicos, ellas escapan y construyen un significante más amplio y movable Ana o Mía.

Podemos también plantearlo en términos ideológicos, ellas son interpeladas como enfermas (ya lo habíamos trabajado anteriormente) desde el saber médico-psiquiátrico, no obstante, ellas responden a este lugar simbólico desde otra posición, no son enfermas mentales son Ana y/o Mía.

Hay un punto más a analizar. Cuando hablábamos de “estilo de vida” observamos que construyen una dimensión ética a través de la vía moral y la vía estética. Este código mantiene prácticas y principios comunes. Sin embargo, Ana y Mía como significantes nodales tienden a la ambigüedad, posibilitan la organización de una experiencia colectiva distribuida y plasmada a través de estos blogs pero también una experiencia más singular.

En el apartado de metodología sostuvimos que estos espacios comparten cierta estructura y principios básicos pero también afirmamos que dentro de los mismos podíamos encontrar

⁹⁵ Esta conflictiva ya fue estudiada por Michel Foucault (2008b) y formalizada como “escena de curación” en la que desde su decir, se trata del enfrentamiento de dos voluntades. Esta termina con el reconocimiento como verdad por parte del “enfermo” del saber que el médico le impugna.

un diario en el que la responsable de dicha página escribía acerca de su vida diaria. Esta es la posibilidad que abre pensar a Ana o Mía como significantes. Es decir, permite una experiencia colectiva y virtual pero también plasmar una experiencia singular de cada una de estas jóvenes.

Como hemos podido desarrollar en esta investigación, existe una relación intrínseca entre la experiencia de estas jóvenes anudada por los significantes Ana y Mía, las formas en que son interpeladas y la biopolítica.

Concluimos que hay un dispositivo biopolítico centrado en la administración de la vida que produce lo femenino a partir de ciertas tecnologías de género, entre las que encontramos los juegos entre la belleza y la imagen, el aparato de salud y nutrición y el discurso médico psiquiátrico. Todo ello en relación con formas ideológicas en las que las mujeres son interpeladas como sujetos. La anorexia y la bulimia aparecen como dos efectos no contemplados de dicho dispositivo y como formas alternas de responder a dicha interpelación.

Las páginas Pro Ana y Mía son esas formas de diferimiento que han trastocado los discursos y las prácticas produciendo sus propios “juegos de verdad”. Son los espacios en los que cierta experiencia del malestar de la anorexia y la bulimia es plasmada pero al mismo tiempo también colectivizan y difunden dicha experiencia en una especie de formalización.

9.- Conclusiones

Nuestra investigación tuvo el propósito de estudiar la anorexia y la bulimia poniendo de relieve la noción de experiencia. Esto nos permitió darle un mayor peso a las narraciones plasmadas dentro de las páginas Pro Ana y Mía y también dilucidar el papel central de las prácticas en un dispositivo de internamiento terapéutico. Sin embargo, esto no lo hubiéramos podido realizar sin situar la anorexia y la bulimia como un malestar histórico y social efecto de un dispositivo biopolítico que produce la feminidad a través de tecnologías de género.

Los dos terrenos investigados mantienen objetivos diferentes. El dispositivo de internamiento terapéutico tiende a regular la experiencia de la anorexia y bulimia resignificándola como una enfermedad mental, las prácticas estarían dirigidas a una normalización alimentaria y a una relación cuerpo-imagen específica a través de la modificación conceptual de belleza, salud y alimentación.

Las páginas Pro Ana y Mía por su parte tienden a trastocar el discurso médico-psiquiátrico produciendo una experiencia basada en una dimensión ética en la que “el estilo de vida” se constituye como un *juego de verdad* a través de una vía moral cuyo valor principal es la voluntad y el control, y una vía estética en la que vemos una predominancia de la imagen como signo de un ideal a alcanzar.

A pesar de que ambas comparten el mismo origen, la anorexia y la bulimia como un malestar contemporáneo producen dos experiencias diferentes. El primer terreno se presenta como una estrategia dentro del dispositivo biopolítico y el segundo como una táctica ante el mismo.

Sin embargo, durante la investigación hemos dado cuenta de los límites de dicho estudio y el amplio campo que queda por investigar. Hemos decidido utilizar este apartado para nombrar estas posibilidades.

Nuestro proyecto se basó en el estudio de dos campos específicos que constituían una experiencia específica pero al finalizar nos cuestionamos qué sucedía con aquellas jóvenes que no son atendidas dentro de un centro de tratamiento para la rehabilitación de estos

trastornos, que tampoco visitan las páginas Pro Ana y Mía y que no siguen su estilo de vida. Nos preguntamos qué tipo de experiencia pueden relatar estas jovencitas y cómo lidian con el malestar que las aqueja, cómo lo significan, qué hacen con él y si presentan algún interés en tratarse o curarse.

También habrá aquellas jóvenes que salieron de la anorexia y la bulimia por vías menos institucionalizadas o formalizadas como lo es el dispositivo de internamiento terapéutico. Sería interesante y conveniente estudiar estas vías y los procesos subjetivos implicados en los mismos. Una posible hipótesis es que estas formas autónomas para superar la anorexia y bulimia tienen relación con una práctica de la libertad (Foucault, 2007) sostenida y producida por el mismo sujeto, y que podría conllevar posibles procesos como la sublimación (en el caso del arte) o la vía significativa (psicoanálisis), incluso el establecimiento de ciertos vínculos interpersonales.

Uno de los recortes que tuvimos que realizar durante nuestro estudio es que éste se centró en la experiencia producida en el tiempo de internamiento. Habría sido muy enriquecedor seguir la experiencia de estas jóvenes una vez fuera de dicho proceso y resolver incógnitas que aparecieron, cuántas de estas jóvenes regresaron a las conductas de purga, restricción y compensación y en qué medida esto enfrenta el saber médico-nutricional con una dimensión desconocida hasta por el mismo sujeto en el que la anorexia y la bulimia sobrepasan incluso los tratamientos médicos-terapéuticos más fundamentados científicamente.

En cuanto a las páginas Pro Ana y Mía, hubiera sido muy útil haber interactuado con las “princesas” de las páginas. Seguramente hubiéramos encontrado narraciones distintas acerca de su posición respecto a su malestar y hubiéramos profundizado en las características de los vínculos que se establecen vía internet entre ellas, vínculos que muchas veces trasciende la virtualidad conformando relaciones interpersonales cara a cara. También hubiéramos conocido más acerca de la historia personal, su contexto y lo que ellas llaman “estilo de vida”. No obstante esto era muy complicado porque ellas tienen una postura radical frente aquellos que no comparten sus ideales, además de que muchos de

estos espacios desaparecen al poco tiempo de que son creados (como pasó con un blog dentro de nuestro estudio) y algunos tienen un año de que no escriben en él.

En cuanto a cuestión teórica-metodológica también encontramos ciertos límites que marcan el camino a seguir. Debido a que nos encontramos en la *Maestría en psicología socia de grupos e instituciones* en la línea de investigación *Subjetividad y procesos sociales emergentes* nos centramos en la aparición de las páginas Pro Ana y Mía como un proceso subjetivo emergente plasmado en la virtualidad de los blogs y en el dispositivo de internamiento terapéutico como proceso subjetivo en el que el grupo y la Institución mantiene un carácter esencial dejando de lado otras líneas de estudio imprescindibles para comprender dicho malestar.

Una de ellas es la cuestión de género. A pesar de que tratamos de establecer un vínculo entre el dispositivo biopolítico y las tecnologías de género, creemos que este puede ser estudiado a profundidad en un futuro. No podemos dejar de señalar que la mayoría de los sujetos que padecen de anorexia o bulimia son mujeres jóvenes y en ese sentido habría que puntualizar que la mujer por alguna cuestión (hasta ahora no estudiada) es más proclive a presentar anorexia y bulimia. Si bien dentro de nuestra investigación propusimos que la anorexia y la bulimia se desarrolla en mayor cantidad en las mujeres porque existe un dispositivo de lo femenino prescrito para ellas habrá otras alternativas.

Una propuesta que dejamos esbozada es la que arroja el psicoanálisis lacaniano en cuanto a las fórmulas de la sexuación. Para el psicoanalista francés la mujer como universal no existe, no podemos hablar de *LA mujer* porque la mujer es *NO Toda*. El que la mujer sea *NO* toda, implica que en ella se encuentra un goce que no es fálico (que es el que está del lado del hombre). Por último, la mujer debido a su estructura se ubica como objeto causa de deseo (Lacan, 2008). ¿Qué nos quiere decir todo esto? Primero que hay una diferencia sexual (es decir en cuanto a la forma de gozar) no anatómica, lo que implicaría que los sujetos hablantes se ubican del lado del hombre o la mujer independientemente de su anatomía (por eso podemos encontrar sujetos hombres con este tipo de malestar). Nuestra hipótesis es que las mujeres que padecen de anorexia y bulimia están en la posición de objeto a. Esto deviene en la necesidad de ser el objeto amado y también ser objeto de

desecho (dialéctica que encontramos en su discurso). Claro que tendríamos que poner a discusión esta propuesta con otras como la de la performatividad, nuestra posición es que una no excluye a la otra. Nos interesa esta propuesta porque poco hemos encontrado en las teorías de género que trabajen esta dimensión.

Pensamos que otra arista interesante para pensar la anorexia y la bulimia es el cuerpo como eje articulador. Ya hemos planteado que el cuerpo es la dimensión por excelencia para pensar la anorexia y la bulimia. Sería un trabajo muy enriquecedor profundizar en esta asimetría entre el cuerpo imaginario (lo que ellas ven en el espejo como cuerpo gordo) y el cuerpo delgado, en descomposición que muestran.

Otro punto sería también la sexualidad. El cuerpo anoréxico pierde la silueta y se transforma en un cuerpo que a primera vista podríamos llamar “infantil”. Cualquier signo que tenga que ver con una sexualidad genital es borrado y negado: los senos desaparecen, el cuerpo pierde su forma femenina, existe la pérdida de la menstruación (amenorrea), la caída del cabello, las uñas, etc. Sostenemos que la sexualidad en estas mujeres aparece como algo tan amenazante que los intentos por eliminar cualquier signo de ella se hace imprescindible.

Recordemos además que la sexualidad, desde nuestra postura, no sólo tiene que ver con lo genital sino se extiende a cualquier experiencia que implique placer y satisfacción. Desde este punto de vista, la anorexia y la bulimia serían síntomas que señalarían un conflicto con la sexualidad pero también con una sexualidad del lado femenino.

Pero si hubo algo que llamó nuestra atención durante la estancia en campo y en los relatos encontrados en las páginas Pro Ana y Mía fue la dimensión mortífera que se juega en estas jóvenes. Nos referimos a que ellas más que los médicos, sus familiares y las personas a su alrededor *saben* de su cercanía con la muerte y lo saben más que nadie porque lo atestiguan con su cuerpo, con su voluntad para no comer y con sus purgas. ¿Cuál es la relación de estas mujeres con la muerte? ¿Cómo se fue constituyendo esa cercanía? ¿Este vínculo con la muerte está relacionado con la negación de la sexualidad, el placer y el deseo? ¿Es que existe una pérdida irreparable que las conduce poco a poco a la muerte? ¿Este morir lentamente no es la única manera que ellas han encontrado para afirmar su vida?

Estas son las preguntas que quedaron flotando durante la investigación pero que nos invitan a continuar por este camino. Por el momento podemos decir que nunca ha sido fácil estudiar la relación entre el sujeto y la muerte, pocos se han atrevido a hacerlo. Algunos antropólogos como Renato Rosaldo (2000) se han arriesgado a tomar la muerte en diferentes culturas como objeto de estudio. También habría que mencionar los aportes hechos por Sigmund Freud respecto a la pulsión de muerte y la repetición como aquello que habita al sujeto. Incluso filósofos como Foucault, Derrida y Deleuze siguieron el camino de sus antecesores como Heidegger y Nietzsche en el que el tema de la muerte ocupó en algún momento sus estudios. Pero no podemos dejar un tema tan imprescindible en manos de la filosofía, el psicoanálisis o una parte de la antropología. El tema de la muerte es concerniente a todas las ciencias sociales y lo es en cuanto la muerte habita en cada sujeto: la encontramos en la anorexia y la bulimia, en las toxicomanías, en todos los tipos de violencia que se ejercen, en distintas formas de discriminación, etc.

Sin embargo, la muerte como objeto de estudio, como eje articulador de prácticas y experiencias ha sido excluida del discurso social. El Foucault tardío ya lo mencionaba, la biopolítica se constituye a partir de una regulación sobre la vida, los avances científicos están dirigidos a hacer de la vida un imperativo: *el desconocimiento de la muerte se hace patente en una cultura que con los avances tecnológicos de su lado, intenta borrar las huellas del paso del tiempo, del deterioro de los cuerpos, y postergar y dominar la muerte con todos los medios a su alcance* (Strada, 2002:193)

Frente a este mandato biopolítico de regular y administrar la vida, las ciencias sociales pueden colocar de nuevo aquello que ha sido acallado por las positividades y el pensamiento científico: la relación entre el sujeto y la muerte. En nuestra investigación vimos este contraste en los dos terrenos, el primero, defiende la vida a través del saber comer, del saber sobre el cuerpo, el segundo, es la prueba de que estas mujeres no quieren saber de la vida pues algo que las habita las conduce poco a poco a la muerte.

Uno de los motivos, tal vez el más férreo, por el que las ciencias sociales han dejado de lado la muerte como eje articulador de su pensamiento es su misma imposibilidad. No hay interpretación alguna, ni metodología que nos conduzca a una verdad sobre la muerte. La

muerte no es una percepción, lo que enfrenta a la fenomenología, tampoco es una práctica, ni siquiera es lenguaje y sin embargo, es lo que ha posibilitado la pregunta del sujeto por sí mismo. La muerte aparece como ese no saber y ese no escapar del sujeto.

No hay posibilidad de construcción de un saber sin que algo de la muerte merodee, más específicamente, no hay posibilidad de saber sobre la anorexia y la bulimia sino se contempla que estas mujeres están muriendo en vida, no hay saber sobre los toxicómanos sino se observa que no hay vida más allá del objeto, no hay saber sobre la violencia si no se da cuenta que está en riesgo la vida.

Nuestra propuesta para futuros estudios en ciencias sociales es retomar la muerte como eje de análisis esencial, en específico para el estudio de la anorexia y la bulimia. Aunque sólo podamos hacerlo a través de su borde y en el límite donde se intercepta con la vida. El primer Foucault, el de *Las palabras y las cosas* (2008d:363-364) ya lo anunciaba:

“¿no es la muerte a partir de lo cual es posible el saber en general-a tal grado que sería, la figura de esa duplicación empírico trascendental que caracteriza en la finitud el modo de ser del hombre?...Es muy cierto que nunca ni esta Muerte, ni este Deseo, ni esta Ley pueden encontrarse en el interior del saber que recorre en su positividad el dominio empírico del hombre; pero la razón de ello es que designan las condiciones de posibilidad de todo saber sobre el hombre.”

10.- Bibliografía

Páginas web:

- Lafuente, Alberto (sin fecha). “Sistemas distribuidos. Tiempo causalidad y estado global”. En www.sc.ehu.es/acwlaroa/SDI/Apuntes/Cap2.pdf, (4 de Julio de 2012).
- Mora, Karla (28 de septiembre de 2011). “Anorexia y bulimia son problemas de salud pública: ALDF”. En <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota21282.html>, (28 de Junio de 2012).
- Clínica Universidad de Navarra (29 de Julio de 2011). “Carnitina”. En <http://www.cun.es/area-salud/medicamentos/carnitina>, (6 de Julio de 2012).
- PROFECO (11 de marzo de 2010). “Sibutramina. Sustancia que sólo se debe utilizar bajo supervisión médica”. En http://www.profeco.gob.mx/Mucho_cuidado/2010/Sibutramina.asp, (6 de Julio de 2012).

Libros:

- Agamben, Giorgio (2011), “¿Qué es lo contemporáneo?” En *Desnudez*. Barcelona: Anagrama.
 - (2003), *Homo Sacer*, Valencia: Pre-textos.
- Aleman, Jorge (2006), *Existencia y sujeto*, España: Ítaca.
- Althusser, Louis (2005), *Ideología y aparatos ideológicos de Estado*, México: Quinto Sol.
- Apfeldorfer, Gérald (2004), *Anorexia, bulimia, obesidad*, México: Siglo XXI
- Braunstein, Néstor (2003), *Goce*, México: Siglo XXI.
 - (2008) “El sujeto en psicoanálisis”. En *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*, México: Siglo XXI

- Chemama, R., Vandermersch, B., (2004, 2ª Ed.), *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Darnton, Robert (2006 6ª Ed.), *La gran matanza de gatos y otros episodios en la historia de la cultura francesa*, México: FCE
- De Certeau, Michel (2010, 3ª Ed.), *La invención de lo cotidiano. I. Las artes de hacer*. México: Universidad Iberoamericana, ITESO.
 - (2010b, 3ª Ed.), “La palabra de la posesía”. En *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana, ITESO.
 - (2011, 2ª Ed), “Psicoanálisis e historia”. En *Historia y psicoanálisis*. México: Universidad Iberoamericana, ITESO.
- De Lauretis, Teresa (1989), *La tecnología del género*, Londres: Macmillan Press.
- De Saussure, Ferdinand (1998, 12ª Ed.), *Curso de lingüística general*, México: Fontamara
- Deleuze et al. (1990), *Michel Foucault, filósofo*. México: Gedisa.
- Derrida, Jacques (1997), *El tiempo de una tesis. Deconstrucción e implicaciones conceptuales*. España: Proyecto a.
- Díaz, Bruno (2006), *Subjetividad y narrativa. Apuntes para una teoría narrativa de la experiencia subjetiva*. México: UAM-Xochimilco
- *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. <http://buscon.rae.es/>. Madrid, España.
- Dolar, Mladen, (1993), “Beyond interpellation”. En *Qui Parle*, Vol.6, No. 2, USA: University of Nebraska Press.
- Flesler, Alba (2010), *El niño en análisis y el lugar de los padres*, Argentina: Paidós.

- Freud, Sigmund (2003 [1893-1895], 8ª ed.), “Estudios sobre la histeria”. En *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2003b [1927-1931], 8ª ed.), “Sobre la sexualidad femenina”. En *El porvenir de una ilusión*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2003c [1914-1916]. 8ª ed.), “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico”. En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, Michel (2010, 2ª Ed.), *La Arqueología del Saber*. México: Siglo XXI.
 - (2010b, 6ª Ed.), *Los anormales*, Buenos Aires: FCE
 - (2010c, 2ª Ed.), *Nacimiento de la biopolítica*, Argentina: FCE
 - (1967), “Stultifera navis”. En *Historia de la locura en la época clásica (breviarios)*. México: FCE.
 - (1996), *Las tecnologías del yo*, Argentina: Paidós.
 - (2005, 30ª Ed.), *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI
 - (2011, 2ª Ed.), *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. México: Siglo XXI.
 - (2008, 2ª. Ed.), *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paídos.
 - (2008b [1973-1974], 2ª ed.), *Poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
 - (2007), “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad”. En *Sexualidad y poder (y otros textos)*. España: Folio

- (2008c, 4ª Ed.), *Un dialogo sobre el poder y otras conversaciones*. España: Alianza.
- (2008d), *Las palabras y las cosas*, México: Siglo XXI
- Gerber, Daniel (2006), *El psicoanálisis en el malestar en la cultura*, Buenos Aires: Lazos.
- García, Ma. Inés (2010, 2ª Ed), *Foucault y el poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
 - (2006), *Espacio y poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gracia, Mabel et al, (2007), *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- Goffmann, Irving (2009, 2ª Ed.), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hinojosa, Sergio (2009), *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. Madrid: Maia ediciones.
- Lacan, Jaques (2007, 25ª Ed.), *Escritos 1*, México: Siglo XXI.
 - (2008 [1972-1973], 2 Ed.), *El Seminario de Jacques Lacan, libro 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós.
 - (2008b [1956-1957], 7ª Ed), *El seminario de Jacques Lacan, libro 4. La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
 - (2006, 6ª Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
 - (2006b, 14ª Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 1. Los Escritos teóricos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
 - (2010), *Intervenciones y textos. 2*. Argentina: Manantial

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2003). México: Masson.
- O’Leary, Timothy (2009), “Foucault’s concept of experience”. En *Foucault and fiction. The experience book*. Great Britain: Continuum International publishing group.
- Pontalis, J., Laplanche. (1996), *Diccionario de psicoanálisis*, Argentina: Paidós.
- Postel, Jacques & Quérel, Claude (coord.) (2000, 2a Ed.), *Nueva historia de la psiquiatría*. México: FCE.
- Recalcati, Massimo (2004), *La última cena: Anorexia y bulimia*, Argentina: Ediciones del cifrado.
- Rosaldo, Renato (2000), *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*, Ecuador: Abya-Yala ediciones.
- Russel, Gerald et al. (2003), *Anorexia Nerviosa*. México: Ariel
- Strada, Graciela, (2002), *El desafío de la anorexia*, Madrid: Editorial Síntesis.
- Unikel, C, et al. (2009), *Trastornos Alimentarios. Breve panorama de la Investigación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México*, MEDLAB, (sin núm.):2-14
- Vigarello, George (2009), *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Weissberg, K. et al (2004), *Guía de trastornos alimenticios*. México: Centro nacional de género y salud reproductiva.
- Zizek, Slavoj (2010, 4ª Ed), *El sublime objeto de la ideología*. México: Siglo XXI