

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Integración

Descripción de los trastornos alimenticios en época de pandemia desde el modelo
psicoanalítico

Alumna: Rosenman, María Dolores

Tutora: Brizzio, Analía Margarita

14 Diciembre 2020

Índice

1.Introducción	3
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Trastornos de la alimentación	4
3.1.1 Anorexia y Bulimia.....	7
3.1.2 Sintomatología	10
3.2 Abordaje Psicanalítico	11
3.2.1 Diferentes Concepciones.....	14
3.3 Tratamiento	15
3.4 Problemática Familiar	17
3.5 COVID-19.....	19
3.6 Modalidad Online en el análisis.....	20
3.6.1 Ventajas y Desventajas.....	22
4. Metodología.....	24
4.1 Tipo de Estudio	24
4.2 Participantes.....	24
4.3 Instrumentos.....	24
4.4 Procedimiento.....	24
5. Desarrollo	25
5.1 Introducción	25
5.2 Descripción del tratamiento desde un abordaje psicoanalítico	25
5.3 Análisis de los cambios en la sintomatología	30
5.4 Descripción de la relación entre los pacientes y su familia	33
5.5 Evaluación de las ventajas y desventajas del análisis con modalidad online ..	36
6. Conclusiones.....	39
7. Referencias	43

1. Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se lleva a cabo una pasantía en un Centro de Terapia y Docencia en Psicoanálisis desde el mes de marzo a junio del 2020. Dicha institución es una Asociación Civil dedicada a la Asistencia y a la Docencia en Psicoanálisis abierta a la comunidad.

En ella se atiende a niños, adolescentes y adultos, parejas y familias a través de un bono voluntario de atención clínica. Es una asociación privada con un firme perfil público cuyos pilares son el trabajo cotidiano, los valores, el compromiso y la responsabilidad.

La práctica consiste en la participación virtual de diferentes actividades que ofrece la institución tales como conferencias, entrevistas a profesionales (realizadas de manera telefónica), posgrados y espacios de supervisión entre otros dispositivos de formación dirigidos tanto a psicólogos del centro como a profesionales externos.

El presente trabajo consiste en un estudio descriptivo de los trastornos de la alimentación en el marco del aislamiento por el COVID-19, con el propósito de analizar tanto el tratamiento en dichos trastornos, así como también las características sintomatológicas y el vínculo de los pacientes con sus familiares dentro del contexto de la pandemia. Esto se realiza en el marco de la terapia psicoanalítica llevada a cabo por psicólogos de la institución.

El interés del trabajo reside en describir y analizar las intervenciones psicoanalíticas en el tratamiento de los trastornos alimenticios en condiciones de aislamiento por la pandemia. Se intentará visualizar los cambios en la sintomatología, así como también en los vínculos familiares producto de las condiciones de aislamiento social obligatorio. Otro aspecto que busca destacar el presente trabajo es la relevancia del tipo de modalidad, presencial o virtual, y sus implicancias en el tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir los trastornos de la alimentación durante el aislamiento en un centro de terapia psicoanalítica.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características del tratamiento por trastornos de la alimentación durante el aislamiento por COVID- 19 en un centro psicoanalítico abierto a la comunidad.
- Analizar si se presentan cambios en la sintomatología de los pacientes con trastornos de la alimentación durante el aislamiento por COVID-19.
- Describir la relación entre los pacientes con trastornos de la alimentación y su familia durante el aislamiento por COVID- 19.
- Describir las ventajas y desventajas que encuentran los profesionales en el tratamiento psicoterapéutico con modalidad online.

3. Marco Teórico

3.1 Trastornos de la alimentación

Durante siglos se han intentado estudiar y comprender los trastornos de la conducta alimentaria los cuales, a lo largo de los años han sido considerados desde enfermedades nerviosas, síntomas histéricos, hasta características dentro de la melancolía o la depresión. Ya en el 1500, Simone Porta había observado casos con posible anorexia nerviosa y en 1689, el médico inglés Richard Morton, describe por primera vez, de manera detallada, un cuadro de anorexia nerviosa en el texto *Tratado de consumo* particularizando el caso de Miss Duke en donde atribuye los síntomas anoréxicos, pérdida de peso, amenorrea e hiperactividad, a la tristeza y preocupaciones que la invadían (Abínzano, 2019). Luego en 1873, Gull en Londres y Lasègue en París, consideraron de manera casi simultánea la necesidad de delimitar un cuadro diferencial a la histeria que ambos coincidieron en llamar *anorexia* (Soh, Walter, Robertson & Malhi, 2010). Si posteriormente la anorexia histérica se volvió mental, fue debido a la concepción teórica de Lasègue, con su texto *La anorexia histérica* (1873), considerado punto de partida de todos los trabajos sobre el tema, no sólo por haber sido el primer texto, sino por contener la descripción más acabada e inteligente de la anorexia mental, tanto en términos semiológicos como evolutivos (Raimbault & Eliacheff, 1991).

En cuanto a la nominación, Lasègue sostendrá que el término *anorexia* es más preciso que *inanición histérica* por remitir a una fenomenología más clínica y, por lo tanto, menos superficial. Esta nominación le permitirá diferenciar la *anorexia histérica* de las demás anorexias que forman parte de otros cuadros tales como la melancolía, en donde también se observa una resistencia a alimentarse (Abínzano, 2019). En 1914, Simmonds, propone una nueva hipótesis causal de la anorexia, denominándola *caquexia hipofisaria* hasta que, en 1938, Sheehan, la diferencia de la anorexia nerviosa la cual fue considerada, erróneamente, de origen endocrinológico hasta los años ´50 (Raimbault & Eliacheff, 1991). La descripción e interpretación de la anorexia nerviosa ha transcurrido por diferentes etapas y ha sufrido decenas de nominaciones, siendo el Psicoanálisis, la primer escuela en establecer interpretaciones causales de la patología (Cabasés, 1999).

A fines del 1800, Freud (1895) intentó, a partir del análisis de sus histéricas, advertir cómo se constituían los síntomas de las hoy tan conocidas anoréxicas, adjudicando una modalidad a la histeria y otra a la melancolía. Freud trató pacientes graves con síntomas anoréxicos desde los comienzos de su práctica y su mérito radica principalmente, en haber sido quien concedió una etiología psíquica inconsciente para dicho padecimiento (Abínzano, 2019). Más tarde, los invaluable aportes de Lacan permitieron un abordaje más profundo y estructural en relación con los desórdenes alimenticios, sosteniendo a lo largo de su enseñanza, que hablar de la anorexia mental es hablar sobre el estatuto del inconsciente (Cosenza, 2018).

Según la Asociación Europea de Historia del Psicoanálisis (AEHP, 2012) la clínica evidencia un aumento de los trastornos de estas conductas, cuya problemática toma una dimensión cada vez más alarmante y significativa debido a la falta de consenso en cuanto a su comprensión y tratamiento. Los trastornos de la conducta alimentaria – TCA- son afecciones graves que se distinguen por la alteración en los hábitos de la alimentación y en las conductas del control de peso que causan complicaciones importantes en la salud y son potencialmente mortales. Estos surgen, generalmente, en la adolescencia o los primeros años de la adultez (Ochoa, Ramos, Méndez & Alamilla, 2013). Los trastornos alimenticios más frecuentes son la anorexia y la bulimia nerviosas. Cosenza (2019) entiende a la Anorexia, como el fracaso en la adolescencia por parte del sujeto, en hacer del propio encuentro con la pulsión en la pubertad, un síntoma.

Es por ello por lo que la clínica psicoanalítica en su trabajo con el analizante considera imprescindible el abordaje del inconsciente, la transferencia y la asociación libre establecidas por Freud y posteriormente seguidas por Lacan.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE 10 (2018), estos se caracterizan por una excesiva preocupación por la imagen corporal y por el aumento de peso debido a una percepción distorsionada de su imagen, que suele ir acompañada de otros hábitos nocivos tales como la ingesta de laxantes, diuréticos, suplementos dietarios y otras conductas compensatorias frente a los atracones, como pueden ser los vómitos o el ejercicio excesivo. Las conductas alimentarias que caracterizan a estos trastornos conllevan complicaciones cardiovasculares, renales, digestivas, óseas, hematológicas y endocrinológicas (Ochoa et al., 2013).

Sin embargo, la categorización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria - TCA- resulta inapropiada para un abordaje Psicoanalítico de la problemática que se manifiesta en relación con la comida. Es así como el Psicoanálisis los sustrae de su falsa universalidad para interrogarlos a la luz de la relación del sujeto con la estructura y el propio modo de goce. De esta manera, resulta engañoso e insuficiente reducir el origen de los trastornos alimenticios al imperativo social de la delgadez femenina encarnada por la moda (Cosenza, 2019).

Los trastornos de la alimentación pueden ser encontrados en todas las estructuras psíquicas, tratándose en las neurosis, de un síntoma histérico en donde, según afirmaciones del propio Freud (1895), entra en escena esa peculiar capacidad histérica de imitar la situación del otro. Esta afirmación permite que nos preguntemos si actualmente las histéricas eligen, frente a la búsqueda desesperada de un eje identificatorio, presentarse al Otro con un *eating disorder*, para así ser parte del grupo de mujeres que padecen un trastorno que está de moda (Amigo, 2005). Muchos de los casos que, según la moda del momento, se diagnostican como anorexia o bulimia corresponden a histerias que simplemente presentan, además, algún trastorno de la alimentación (Amigo, 2009). En todo caso, sea o no una búsqueda de identificación, cuando se trata de un caso de histeria, el trastorno de la alimentación se presenta sólo como uno de los tantos recursos con los que cuenta el sujeto para jugar con el deseo con el Otro (Recalcati, 2003) en el que, además habrá síntomas conversivos, *acting out* y angustia (Amigo, 2009).

Ya a principios del 1900, Freud (1901- 1905) sostenía que la relación del hombre con el alimento es, estructuralmente, una relación perturbada ya que concierne a la

relación del sujeto con el otro en el campo del Otro. En este sentido, la relación alimentaria es para el sujeto una relación que nunca llega a satisfacerse. Sólo el psicoanálisis está en condiciones de acercarse al trastorno alimentario en su condición de síntoma para tratarlo en función de la demanda simbólica que vehiculiza y del goce que representa, hasta que el sujeto pueda asumir, su incurabilidad estructural (Cosenza, 2019).

3.1.1 Anorexia y Bulimia

Dentro del enfoque Psicoanalítico se pueden diferenciar distintos tipos de Anorexias. Por un lado, como un síntoma dentro de una estructura histérica, se encuentra la llamada Anorexia Secundaria y por el otro lado, la Anorexia Verdadera o Vera. Amigo (2009) sostiene que "... los trastornos de la alimentación acompañan, escanden y glosan la vida humana en todas las estructuras. Son epifenómenos de cualquier estructura clínica y no definen per se una estructura clínica" (p.176). De allí la importancia de contar con conceptos específicos para explicar el funcionamiento psíquico en los trastornos alimenticios que pone en evidencia una organización fantasmática diferente y por lo tanto los campos posibles de intervención (Cosenza, 2018).

El desorden alimenticio en la histeria se manifiesta básicamente en dos pendientes. Por un lado, hay sujetos que, frente a la imposibilidad de acceder al símbolo fálico, ya sea tener o no un hijo, conseguir un amor, obtener éxito profesional, entre otros, prefieren y deciden no comer, mientras que otros, a quienes podemos ubicar en la pendiente bulímica, operan con una lógica de premio consuelo que, frente al fracaso en alguna de estas adquisiciones de símbolos fálicos, juegan con su deseo a través de la comida. En ambos casos se trata de un recurso más con los que el sujeto cuenta. Por el contrario, cuando el no comer o comer y vomitar, es el único recurso que tiene para poner en falta al Otro, entonces se considera un trastorno alimenticio vero, es decir, verdadero, y es este real clínico el que no debe ser encasillado en la histeria (Amigo, 2005). Según la autora (2009):

Aquellas patologías que podrían encuadrarse como anorexia y bulimia veras tienen como único recurso para movilizar el deseo del otro de un modo sostenible, el trastorno alimentario lo cual nada tienen que ver con una identificación imaginaria a la moda. Se trata de una falla en los comienzos de la Constitución subjetiva (p.178).

En su práctica clínica, Recalcati (2003), asegura encontrar en las historias de los sujetos anoréxicos, una *catástrofe* vinculada míticamente a la relación del sujeto con el espejo, circunstancia que le permite, inevitablemente, pensar en *el estadio del espejo* de Lacan (1949), momento en que se constituye la imagen del cuerpo. Es en esa escena originaria ante el espejo en la que Lacan hace surgir el *Ideal del yo*, y lo que el sujeto anoréxico encuentra según Recalcati (2003), no es el rostro amable del Otro, sino el desprecio o la indiferencia que se hace *carne* en la asunción de una imagen deformada de sí, cuyo origen se remonta a la mirada de un Otro que, en lugar de reconocerlo y así darle consistencia, lo invalida dejándole la marca de una imagen que se percibe como imperfecta y que lo acompañará toda la vida. Por lo tanto, no se considera casual el desencadenamiento de la anorexia y la bulimia en la pubertad, momento en el cual el cuerpo del adolescente se re-erotiza ubicando al sujeto en una posición adulta a pesar de no disponer completamente del aparato simbólico para ocupar dicho lugar. La anorexia-bulimia aparece, por lo tanto, como la solución a evitar el encuentro con el deseo (Cosenza, 2018). Es así, como Cosenza (2019) entiende a la Anorexia, como el fracaso en la adolescencia por parte del sujeto, en hacer del propio encuentro con la pulsión en la pubertad, un síntoma. Es decir, una formación de compromiso entre la ley del Otro y el deseo del sujeto. Actualmente, la adolescencia se presenta como un tiempo indefinido, sin un corte entre pasado y presente, entre infancia y adultez. Permitiendo entender con ello a la anorexia mental en la adolescencia como un rechazo del cuerpo pulsional, un rechazo a tener un cuerpo de mujer. Por lo tanto, la clínica de la anorexia mental, en muchos casos, se presenta como una clínica del rechazo del cuerpo sexuado en el que la anoréxica se ubica en una posición en la que intenta evitar el encuentro con la falta en el Otro, con la castración y con la propia división subjetiva. Así también, en la histérica, el rechazo del cuerpo se presenta, ante todo, como rechazo del cuerpo sexual en cuanto cuerpo sometido al dominio del Otro.

Hay rastros de este tema en los primeros historiales de Freud. Es en sus *Estudios sobre la histeria* (1895) donde se presenta el caso de Emmy Von N. exhibiendo allí su teoría bajo una cierta forma de abulia. Adjudicando en la paciente la falta de apetito y el desagrado que encuentra por la comida a causas que sitúa en recuerdos infantiles con una alta carga afectiva ligados a la idea de comer. Emmy Von N., podía producir toda clase de síntomas entre los cuales estaban los desórdenes alimenticios. Es decir, se trataba de un síntoma histérico, con lo cual, puesta en transferencia, Emmy y su síntoma, van a

hablar, van a significar el trastorno alimentario, lo van a historizar. En cambio, cuando la Anorexia es Vera, es decir, no es un síntoma histérico, se presenta como repetición de un acto alimentario que no logra historizarse, que no habla.

En la anorexia verdadera la delgadez extrema, resultado del rechazo de alimentarse, no suele tener el estatuto de demanda, no funciona como llamada al Otro para obtener una señal de amor, sino que el rechazo de la comida suele ser una representación del rechazo del Otro, un mecanismo de defensa frente a ese otro que se presenta invasivo y amenazante (Cosenza, 2018). La operación específica en la Anorexia Mental, no es la pérdida de hambre, ni la alteración del apetito, sino el rechazo del Otro (Brusset, 1977 como se citó en Abínzano, 2019). Dadas estas diferencias en función de su estructura psíquica, Cosenza (2019) advierte sobre el peligro que representa considerar histéricas a todas las pacientes anoréxicas que se presentan en el consultorio y de allí la importancia de identificar la estructura psíquica en cada caso.

En 1973, en su Seminario XXI, Lacan nos ofrece una lectura al problema clínico de la anorexia, donde indaga acerca de la obsesión del discurso estereotipado de las anoréxicas en relación con la comida, entendiendo que la función de ese discurso era la de defender al sujeto anoréxico del horror que le provoca el encuentro con el agujero del saber, con la inexistencia del Otro. En ese mismo seminario, introduce los dos pilares de la estructura Anoréxica: La función del rechazo del inconsciente y el objeto *nada*, sosteniendo que en realidad no es anoréxica aquella que rechaza la comida, sino aquella que come un objeto inusitado: la *nada*, y que es por medio de esta operación que logra renovar un goce absoluto e ilimitado el cual no está dispuesta a renunciar. Por lo tanto, la sustancia que le permite a la anoréxica gozar se presenta como invisible e irresistible. Recalcati (2003) en su libro *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias y psicosis*, hace referencia a la nada desde el lugar de la histérica cuyo discurso está ordenado por un goce específico que es el de la falta y dice “Es la nada como defensa, como escudo y como soporte del deseo” (p. 23), encontrando en el perfil histérico de la anorexia, que la satisfacción reside en mantener para siempre la insatisfacción. Es, mediante el objeto simbólico nada, que el sujeto anoréxico, reclama al Otro el don del amor. En el caso de la bulimia, muchas veces superpuesta con la anorexia, se ve que no sólo se trata del objeto nada como tal, sino de manejarlo en la secuencia características de la bulimia: la nada - el atracón - el vómito (Sobral, 2011).

En su libro *Los des-bordes pulsionales*, Davidovich (2007), advierte acerca de los pacientes que, luego de pasar por consultorios médicos e instituciones que buscan reeducar los hábitos alimenticios, se presentan en su consultorio con el diagnóstico de *Bulimia Nerviosa* exhibiendo una demanda de alivio y una urgencia por lograr parar de comer, pero no una demanda de saber. Es decir, buscan ayuda para terminar con estas conductas impulsivas a las que, actualmente en la clínica, se las asocia con otros actos impulsivos tales como la cleptomanía y las conductas adictivas y suicidas ubicando así, un parentesco nosográfico entre la bulimia y las adicciones. De manera similar a la del adicto, la anoréxica evidencia un goce sin Otro, autista, desconectado del deseo del Otro (Amigo, 2009).

A pesar de que un abordaje de la clínica de la Anorexia y la Bulimia como *adicciones* nos llevaría a poner el foco en el objeto- comida, lo cual dista mucho de un abordaje Psicoanalítico que por el contrario se centra en el sujeto y lo no- dicho (Hekier & Miller, 1994), Davidovich (2007) insiste en ubicar los ataques bulímicos como vertiente del pasaje al acto en donde el ataque quedaría desligado del pensamiento, quedaría por fuera de lo simbólico, del mensaje, invadiendo directamente al cuerpo en forma de goce que provoca siempre algo nuevo. Goce que se produce en el cuerpo sin dejarse traducir en el significante y el cual resulta difícil de descifrar ya que se presenta más del lado de las compulsiones que de las representaciones, por lo tanto, el *ataque bulímico* no está dirigido a nadie y es el trabajo del analista, el de intentar articular ese goce a una demanda.

3.1.2 Sintomatología

A diferencia de la concepción de Kraepelin (1919) en la cual se desresponsabiliza al sujeto del problema que causa su padecimiento, Freud, reintroduce al sujeto y lo responsabiliza del malestar que padece (Amigo, 2005). Por esta razón, el psicoanálisis propone escuchar la singularidad del síntoma que, en el caso de la anorexia, aparece en el cuerpo como aquello que no puede decirse (Recalcati, 2003). Pero este síntoma se presenta, al inicio del tratamiento, desconectado del inconsciente, sin demanda y desarticulado de la dinámica de la transferencia. Una queja desvinculada del enigma y que resulta difícil de transformar en demanda de saber. Es el trabajo del analista, articular el síntoma para convertirlo en demanda, en el mejor de los casos, de saber. Es así como la clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia redescubre en la sintomatología de dicha

patología, que la relación del ser humano con la comida implica siempre la relación con el otro, y que dicha relación con la comida y con el otro está reglamentada por el Otro (Cosenza, 2019).

Pero este Otro, muchas veces está determinado por la época, lo cual, ya a principios del 1900, era presentado por Freud en *Tótem y Tabú* (1912), *El Malestar en la cultura* (1930) y en *Más allá del principio del placer* (1920), donde nos acercaba a lo social funcionando como Otro, como alteridad constituida por el universo simbólico, en el cual se enlazan los síntomas. De esta manera, el sujeto toma del Otro sus identificaciones, sus ideales, sus significantes, así como estilos de gozar que lo agrupan o apartan (Molina, 2020). Cada época está gobernada por su discurso, por lo tanto, el síntoma construido con palabras se muestra inevitablemente permeable a la palabra de poder del momento. De esta manera, la anorexia como síntoma, no es ajena a esta permeabilidad del discurso social y el rechazo al alimento alcanza diferentes connotaciones dependiendo del momento histórico. El síntoma psíquico como tal, se construye con los instrumentos de conocimiento de cada época y pensando en el Otro del discurso que la caracteriza (López Herrero, 1999).

Resulta por lo tanto inevitable, referirse a la época actual. Época en la que se privilegia el goce autista y en donde predomina el imperativo de gozar tan característico de los llamados nuevos síntomas, dentro de los cuales se encuentran la bulimia y anorexia. Como afirma Miller (2007 como se citó en Durá Celma, 2004), a principios del siglo XXI se produce una subida a la cima social del valor de goce, en donde gozar es un derecho. Por lo tanto, la tendencia de las sociedades de consumo es la de propiciar un goce inmediato convirtiéndolas, en su rol de Otro social, en el sostén del síntoma que impulsa al sujeto a una satisfacción inmediata e inmortal.

3.2 Abordaje Psicoanalítico

El psicoanálisis aborda la problemática desde una posición subjetiva vinculada a su condición de ser hablante para reducir las existencias puramente orgánicas, y así ocupar el lugar de objeto de los deseos e intenciones de los otros (Tubert, 2000). Pero el goce anoréxico es refractario a la palabra, con lo cual, representa un reto para el psicoanálisis que encuentra un límite en su intento de operar algún tipo de moderación del goce en la anorexia mental (Cosenza, 2018).

En los Tres ensayos sobre teoría sexual de 1905, Freud nos ofrece los elementos necesarios para poder encuadrar la relación del sujeto con la comida y el acto mismo de alimentarse. Primero nos muestra el carácter constitutivo de la relación sujeto- comida para luego demostrar que esta relación va más allá de satisfacer la necesidad de nutrición. Explica allí, como es a partir de la succión del pecho materno, que el recién nacido siente la primer experiencia libidinal- pulsional que está basada en la nutrición, presentándose la comida desde el principio, como objeto con carga libidinal, un objeto erotizado que satisface la pulsión oral, recibida como un don que le viene del Otro convirtiéndose en significante del Otro materno, y no como un simple objeto que satisface la necesidad de nutrición. Freud (1905) va a decir que "la posesión compartida de la zona labial por las dos funciones - la sexual oral y la alimentaria- es la razón por la que se obtiene satisfacción sexual en la ingesta de comida" (p.491).

Esto constituirá las bases para una teoría psicoanalítica de las psicopatologías alimentarias basada en la estructura libidinal- pulsional del sujeto en donde, tanto el rechazo, como la incorporación excesiva de comida, funcionan como formas de negación de la pérdida estructural del objeto de la primera satisfacción. Así, la anoréxica a través del rechazo de la comida, y del Otro, logra estructurar la negación de la pérdida del objeto eliminándolo de manera imaginaria (Cosenza, 2019). La autora Graciela Sobral (2011), dedicada desde hace años a la clínica y la investigación de la anorexia y de la bulimia desde una orientación lacaniana, señala la evidencia de que, para cada sujeto, la relación con el alimento tiene un lugar fundamental en su subjetividad, ya que es por esa vía que el sujeto es introducido en la dimensión de la relación con los otros, especialmente con ese Otro fundamental que es la madre. Es así como lo que la madre da en forma de cuidados, se convierte en don de amor y la demanda del niño no es la demanda de la satisfacción de una necesidad, sino demanda de amor, de reconocimiento. Entonces, la manera en que la madre alimenta a su bebé recién nacido se inscribirá como experiencia fundacional del acto de comer. Cuando una madre le ofrece el pecho a su bebé, lo hace significando un goce, porque da el pecho proponiendo la palabra. Esto es lo que Winnicott (1971) llama una madre *good enough*, es decir, suficientemente buena o, para algunos autores como Amigo (2005) apenas buena. El término refiere a una madre que acompaña el goce alimentario con otra pulsión, con la palabra, uniendo el hecho de hablar con la comida. Por lo tanto, una madre *good enough* da de comer leche, pulsión oral; palabra, pulsión invocante; mirada, pulsión escópica y todo esto lo hace sosteniendo

con sus músculos al niño, pulsión anal, logrando intrincar las pulsiones en el acto de comer. Por el contrario, cuando la comida es sólo comida, y comer es sólo dar leche, se estaría ofreciendo un goce mortal, no escandido por el significante ni bañado por la mirada. Sin embargo, el resultado de toda demanda es la frustración, ya que la demanda de amor es demanda al Otro, de una falta en ser cuyo origen está en esa hiancia que se produce al pasar la necesidad por el significante, y esa hiancia es el deseo (Sobral, 2011).

Lacan (1955) sostiene que el sujeto se constituye en relación con otro, y para ello necesita que ese Otro lo aloje en su deseo. Es decir que para que el sujeto se constituya es vital que encuentre la falta en el Otro que aparece en la medida en que el Otro desea, entonces, algo le falta y de esta manera puede alojarse en su campo (Amigo, 2009). Si bien se trata de una elaboración espinosa, la búsqueda va a ser la respuesta a la pregunta ¿qué me quiere?, ¿qué soy para vos? y es el sujeto quien descifra a qué lugar lo convoca este Otro. Cuando en cambio, el sujeto no es alojado en ese lugar del deseo y no ubica la falta en el Otro, entonces queda desalojado y rechazado. De esta manera, ser querido o rechazado por el Otro determinará la forma en que el sujeto se ubicará frente a las situaciones futuras.

En la anorexia nerviosa lo que ocurre es un equívoco por parte de la madre que confunde sus cuidados con el don de amor. Según Sobral (2011) se trata de madres que no pueden transmitir la falta, que obturan imaginariamente su propia falta con el niño, razón por la cual no pueden trasladársela. Es en este sentido que la oralidad no es sólo una forma instintiva del hambre, sino una actividad erotizada en el plano del deseo y es a partir de ello que se puede entender la función del síntoma en la anorexia mental en donde no se trata de un no comer, sino de un comer nada (Lacan, 2005). Lacan (1958), en *La dirección de la cura*, se pregunta si la negación del sujeto a satisfacer la demanda de la madre no estará en realidad orientada a exigirle a esa madre que tenga un deseo por fuera de él tratándose entonces, de una estrategia de separación ante la demanda asfixiante del Otro (Recalcati, 2003).

Fue Abraham (1916) quien promovió la lectura psicoanalítica de la anorexia como patología de la oralidad que pone de relieve la complejidad estructural que está en juego en cada caso de anorexia. Cuestión anteriormente esbozada por Freud y retomada por Lacan desde los comienzos de su enseñanza psicoanalítica, en la cual subraya, la estructura significativa de la anorexia mental. Es decir que el valor simbólico de la

anorexia como síntoma solamente se puede ubicar dentro de la cadena significativa de la que dispone el campo del Otro histórico-familiar en el que el sujeto que sufre se ha formado. Lo que está en juego en el trabajo terapéutico, es encontrar el sentido oculto que se encuentra personificado en un cuerpo en el que el sujeto desaparece.

3.2.1 Diferentes Concepciones

Diferentes abordajes presentan una tendencia a la uniformización de los tratamientos, enfocándose en la ingesta de alimento que resultan ser ineficaces. Un recurso pobre, en oposición a la complejidad del problema que se encuentra inmerso en una sociedad que insiste con mensajes caracterizados por un registro del no pensar (Sobral, 2013). Las terapias cognitivo-conductuales se caracterizan por la práctica de procedimientos estandarizados en los que el profesional se dirige al *Yo* del paciente apelando a su voluntad de mejoría. Por el contrario, el psicoanálisis pone en práctica una *clínica del síntoma* como construcción singular y subjetiva de aquel que lo padece, y de esta manera, responsabilizando al sujeto, aun a pesar de su desconocimiento. Brusset (1998) subraya la necesidad de desplazar el acento de la dimensión sindrómica a la dimensión procesual en la que se produce el trastorno, para así lograr una aproximación psicoanalítica de la anorexia.

Las terapias cognitivo-conductuales proponen procedimientos y resultados mensurables insistiendo en los errores cognitivos y en las conductas alimentarias desconociendo y desarticulándolos de la causa intrínseca que conduce al desorden alimenticio. Es así como intervienen directamente en las manifestaciones del síntoma anoréxico-bulímico intentando reducirlos y corregirlos hasta un funcionamiento *normal* evidenciando un desconocimiento absoluto del origen del síntoma. En definitiva, como sostiene Cosenza (2018), lo primordial en la intervención cognitivo-conductual es suspender al sujeto y su palabra, para así reducir el trastorno a una correspondencia entre conductas y cogniciones trastornadas. Entonces, frente a una anoréxica que se niega a comer, seguramente se intervenga entubándola para proveerle alimento, metaforizando este accionar con aquella madre que, en sus inicios, da el pecho al recién nacido únicamente con la pulsión oral sin intrincarla con otra pulsión, ya sea la voz, la mirada o la tensión de sus músculos que recibe a través del abrazo que lo sostiene (Amigo, 2005).

En su gran mayoría, las terapias ajenas al psicoanálisis pretenden curar la anorexia a través de la rectificación de la percepción de la imagen corporal desconociendo con ello la importancia de la subjetividad, y, por lo tanto, que el *verse* o *sentirse* gorda es el modo en que un sujeto traduce su malestar (Sobral, 2001). Frente a estas terapias, y en relación con la dirección que toma el psicoanálisis para la cura, es que se busca escuchar al sujeto, dándole con ello la posibilidad de desplegar su síntoma, los problemas que este le genera y la manera que encuentra para sostenerse. Todo esto se realiza, teniendo en cuenta, que a veces, el síntoma es algo que le viene bien al sujeto.

Igualmente, resulta imprescindible aclarar que, en muchos casos, la medicina resulta necesaria, sobre todo, en aquellos en los que se presenta una gravedad extrema en la cual, está en riesgo la vida del paciente. Como sea, la disminución o desaparición del sufrimiento del sujeto depende de la disposición de éste a saber algo sobre el malestar del que se queja, para que puedan producirse cambios en la manera en que se produce el goce (Durá Celma, 2004).

3.3 Tratamiento

Dentro de lo que se considera a la hora de diseñar un tratamiento para los trastornos de la alimentación, se debe tener en cuenta no solo el análisis, sino también un abordaje de terapia familiar, grupal, o ambas así como también el trabajo interdisciplinario con profesionales de diferentes áreas de la atención médica como el área ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutricia con profesionales especializados ya que son muchos los pacientes que se encuentran con un alto riesgo de vida (Ochoa, et al., 2013) razón por la cual estos casos, según Amigo (2009), no resultan una práctica confortable "ya que se les añade un alto valor que encarece el movimiento del análisis: el riesgo de vida y muerte reales" (p.195). Es este trabajo interdisciplinario el que permite al analista delegar las funciones, ocupándose en cambio, de hallar la manera en que la anoréxica recupere el deseo de vivir (Amigo, 2009).

El psicoanálisis se caracteriza por no tener un tratamiento pautado y guionado en donde el número de sesiones determinan las intervenciones, ni las patologías se agrupan en categorías nosográficas. No existen en él reglas técnicas fijas con un orden estructurado que el analista deba seguir con sus pacientes, brindando así, la posibilidad de abrir diferentes caminos entre paciente y analista, sin un método determinado a seguir.

Sin embargo, la experiencia clínica y el análisis personal fueron considerados, desde sus inicios, la herramienta fundamental para la práctica psicoanalítica (Freud, 1911). En 1913, Freud escribió:

Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que solo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico (p.125).

Ya en 1890, Freud planteaba la palabra como instrumento terapéutico que permite el desciframiento del síntoma convirtiendo a la cura por la palabra, en el eje central del análisis (Andina, 2011). También Lacan (1949) destaca la importancia de comprender la técnica del psicoanálisis, considerando que es a la palabra del paciente a lo que se debe atender ya que es a través de ella que el sujeto logra componer su historia. Resulta necesario, por lo tanto, poner el síntoma entre paréntesis en la conducción de la cura, para dar la palabra al sujeto portador del padecimiento, invitándolo a hablar de sí mismo más allá de su síntoma. Este desplazamiento del discurso monótono alrededor del peso, el cuerpo y las calorías, permite un corrimiento de la anoréxica del lugar de paciente esperando la cura por parte del terapeuta, a la de sujeto implicado y responsable de su propia cura. Cosenza (2018) asegura que esta operación suele producir un alivio junto a una disminución del síntoma, al menos en los casos de anorexia histérica. Sin embargo, la mayor dificultad en la clínica de la anorexia radica en la resistencia al tratamiento, en particular, a un tratamiento de la palabra que se juega en la interpretación del sentido inconsciente.

En su libro *Paradojas clínicas de la vida y la muerte*, Amigo (2009) sugiere encarar el difícil tratamiento psicoanalítico de esta clase de patologías, "ganándose la confianza del paciente sin obligarla a ajustarse al *lecho de procusto* de las neurosis de transferencia empeorando con ello la situación ya que la paciente comenzará inevitablemente, sobre todo si es una anorexia, a despreciarlo olímpicamente" (p.193). Considera, además, que el dispositivo ideado por Freud, el uso de diván, la asociación libre y el contrato de responsabilidad económica, fue pensado para el adulto neurótico y que, así como no puede ser utilizado en niños, adolescentes ni psicóticos, el dispositivo

clásico, tampoco debería utilizarse para el tratamiento de la anorexia y la bulimia veras. Freud, en *Sobre psicoterapia* (1905) creía que, en la clínica, se debía tomar cada caso como un caso nuevo y que el tratamiento debía ser adaptado a la estructura de la que se tratase sin apurarse a sacar conclusiones, sugiriendo, en ese mismo texto, evitar acudir al psicoanálisis cuando lo que se busca es suprimir rápidamente ciertos fenómenos amenazadores; dando como ejemplo, los casos de anorexia histérica. Por su parte, Cosenza (2019) propone como vía regia para el tratamiento de las anorexias histéricas, la vía de la histerización, es decir, hacer aflorar, en el discurso del sujeto, la palabra que subyace a su rechazo, conduciéndolo a que pueda reconocerla y asumirla como propia. En cambio, cuando se trata de anorexias veras, propone el encuentro con la posición del analista encarnando para él, otro Otro respecto de lo que ha encontrado en su vida, en un acto que dice *sí* al sujeto. Con ello utiliza una maniobra que ubica como esencial en la cura y que refiere a evitar encarnar al Otro que rechaza, posición en la que la anoréxica, una vez en transferencia, tiende a poner al analista y afirma que, de esta manera, se estaría evitando el impulso a interrumpir el tratamiento e impidiéndole realizar su posición de goce sintomático preferido, la de ser el desecho del Otro (Cosenza, 2018).

Se puede considerar que el tratamiento empieza a despegar cuando la anoréxica descubre que no es dueña de su síntoma, que el síntoma la desborda y, en ese momento de la cura, la labor psicoanalítica es la de orientar al sujeto hacia el encuentro con ese punto perturbador, egodistónico, como una vía alternativa al goce autodestructivo de la anorexia (Davidovich, 2007). El objetivo sería entonces, el de intentar transformar la anorexia en un síntoma analizable, en un síntoma que divida al sujeto en el sentido freudiano del término (Recalcati, 2003). Sólo un largo y complejo trabajo analítico permiten a la anoréxica y a la bulímica, llegar a formular precisamente que su problema con la comida concierne a su problema con el otro y que dicho problema con el otro se inscribe de manera enigmática en el campo del Otro (Sobral, 2011). Tal vez, el desafío de los analistas sea el de intentar ver más allá de esos cuerpos que se presentan a la consulta como piel y hueso y cuya patología no representa un problema para el paciente sino una solución.

3.4 Problemática Familiar

La importancia y relevancia de la familia en las pacientes anoréxicas, es un tema al cual se refieren muchos de los autores desde los inicios de dicha enfermedad. Por 1874,

Gull, ya había dado cuenta de lo paradójal de la incidencia de la familia en la sintomatología, ya que algunas veces acompañaban la cura mientras que otras, la empeoraban, argumento muy cercano a lo que Freud pensaba en relación con la neurosis de los pacientes y su vínculo con la familia. Desde sus comienzos, Gull recomendaba a los padres de las pacientes anoréxicas a no forzar la ingesta de comida a pesar del peligro que representaba la inanición por parte de éstas (Gull, 1964). También Lasègue, señalaba la angustia y ansiedad con la que los padres llevaban a los pacientes a la consulta, considerándolos una pésima compañía ya que la problemática los implicaba. Razón por la cual, el trabajo con la familia es una línea tenida en cuenta por varios autores.

Ya en *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1901-1905) Freud destacaba lo constitutivo de los vínculos y equiparaba la importancia que tiene el síntoma con el de las condiciones sociales y familiares del paciente, entendiendo la relevancia que éstos tienen en la naturaleza de las problemáticas con las que trabaja el psicoanálisis. Amigo (2009) asegura “recibir en la clínica chicos... o adultos deshilachados porque en realidad la madre no los apeteció demasiado. Como también es frecuente para un analista el hecho de atender gente excesivamente tragada por el abrazo mortal de las mandíbulas de la madre” (p.30). Por su parte Cosenza (2019) localiza en la clínica, que frecuentemente la pareja de padres de la anoréxica se encuentra unida pero vacía de deseo. Sólo en condiciones de transmitir a la hija un deseo muerto. Encontrando muy frecuentemente en las pacientes con anorexia mental, padres cuyos vínculos tienen el rasgo de *Otro sin goce*. En función de estas características, resulta una hazaña por parte de la anoréxica la de mantener en una familia *no deseante* el deseo vivo y permanentemente sobre ella. Ella impone a muerte la falta en el Otro, quedando atrapada en la obligación de morir al no poder, como en el caso de la histérica, contar con otros recursos que signifiquen esa falta del Otro. La anoréxica se impone sostener a cualquier precio el deseo del Otro faltándole ella misma en su cuerpo cadavérico sin que le importe arriesgar su propia vida (Amigo 2005).

A pesar de la desarticulación familiar, en la práctica clínica muchos sujetos con anorexia o bulimia revelan ser intratables si no es incluida la familia en la cura, lo cual resulta contradictorio e innecesario en casos de histeria donde, el lugar del tratamiento es para el sujeto un espacio a preservar manteniéndolo fuera de cualquier posibilidad de intrusión paterna. Así y todo, Cosenza (2019), considera indispensable otorgar un lugar a la palabra de los padres en la cura de la hija ya que cuando esto no sucede, el tratamiento

se interrumpe y generalmente, esto ocurre en el momento justo en que la paciente comienza a realizar movimientos en torno a su propia posición subjetiva. Dichos movimientos suelen desequilibrar la armonía familiar que la egosintonía de la enfermedad de la hija brindaba al vínculo familiar.

3.5 COVID-19

Los vínculos familiares se han visto perturbados por la propagación de COVID-19, frente al cual, el Gobierno Nacional Argentino (2020) decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Es así como todos sus habitantes se vieron obligados a permanecer en sus domicilios habituales, solo pudiendo salir para asegurarse la provisión de artículos de limpieza, alimentos y medicamentos en comercios cercanos.

El coronavirus es una pandemia inesperada que significó en el mundo entero la irrupción de un real que trastoca todas las categorías. Este virus real amenaza la salud, la vida y sin duda afecta la subjetividad al dejar al descubierto la vulnerabilidad del sujeto frente a un virus que aún no tiene vacuna y cuya peligrosidad reside especialmente en el contagio (Molina, 2020). Así, el COVID 19, se presenta como uno de los nombres de la castración y de lo ingobernable, llevando al sujeto a una vivencia de riesgo que lo obliga a consultar por síntomas tales como angustia, miedo, enojo e hipocondría entre otros. Esta realidad se le impone al sujeto sólo, desarraigado, produciendo en él una angustia cuya única referencia es la del discurso científico que intenta dar sentido al vacío y el miedo desencadenado por el desconocimiento. Un sentido para esa sensación de urgencia que brota en el sujeto por un peligro que en vez de extinguirse se expande, generando aún más ansiedad, miedo y pérdida del equilibrio al que estaba acostumbrado (Sotelo, 2020). Frente a esta realidad, los psicoanalistas proponen en la clínica, una pausa, unos minutos para que algo se anude, para intentar ubicar algo propio dentro de ese miedo que llega desde el extranjero. Algo más allá del coronavirus (Molina, 2020).

El grado en que los trastornos alimentarios pueden verse afectados por COVID-19 sigue siendo desconocido. Es probable que los efectos emocionales negativos de la cuarentena se acentúen para muchos pacientes con anorexia nerviosa que ya están aislados, tanto emocional como físicamente (Brooks et al., 2020). Si bien ciertos comportamientos asociados con los desórdenes alimenticios, tales como dietas y el ejercicio rígido, son a menudo enaltecidos y honrados, durante la pandemia, los medios

de comunicación se han encargado de transmitir un sinnúmero de mensajes en relación con las dietas y el ejercicio, generando un temor, casi fóbico, al aumento de peso. Además, se han presentado informes que indican que los pesos corporales más altos se asocian a un mayor riesgo de hospitalización y del uso de respiradores para las personas infectadas con COVID-19 pudiendo conducir esto, a una mayor restricción en la ingesta de alimentos u otros comportamientos poco saludables de control de peso en personas con trastornos alimenticios. A su vez, los cambios en la disponibilidad de alimentos y su almacenamiento representan un difícil desafío para las personas con trastornos de la alimentación quienes están ahora en sus casas las 24 horas del día, los siete días de la semana sin poder distanciarse de la comida en el hogar, provocando más conflictos familiares, que conducen a mayor exaltación emocional, depresión y ansiedad, así como la probabilidad de autolesiones o incluso suicidio (Cooper et al., 2020). En términos de cambios positivos que surgen del aislamiento por la pandemia, se valora la mayor conexión con familiares y amigos, destacando un sentimiento de mayor relajación y motivación para trabajar en su recuperación (Temorshuizen et al., 2020).

3.6 Modalidad Online en el análisis

Dado el contexto actual, los estudios en relación con los tratamientos a distancia, han cobrado especial importancia. Numerosos estudios se han realizado a lo largo de los años demostrando una efectividad similar entre estos tratamientos y los presenciales pudiendo beneficiar a las personas con trastornos de la alimentación en la situación actual de aislamiento por la pandemia (de Zwaan et al., 2017). Un estudio acerca de los Trastornos de la alimentación durante la pandemia de COVID-19 muestra que la mayoría de los pacientes que se encontraban en tratamiento cara a cara realizó el cambio del servicio a la modalidad virtual manteniendo una frecuencia similar a la presencial. Sin embargo, la transición presentó limitaciones ya que los encuestados informaron que la calidad de esta modalidad de tratamiento era *algo* o *mucho* peor de lo habitual (Temorshuizen et al., 2020).

Si bien la psicoterapia a distancia se remonta a la época en que Freud trató a algunos de sus pacientes vía correspondencia, esos tiempos de espera entre paciente y analista son hoy, difíciles de imaginar. Es así como podemos ubicar el origen del psicoanálisis a distancia al margen del psicoanálisis tradicional, en la intimidad de la práctica y a raíz del vínculo irremplazable que se establece entre analista y paciente,

quienes deciden trascender el espacio físico del consultorio y transgredir el análisis ortodoxo. Su origen puede ubicarse, en un primer momento a través del teléfono con Lindon (1988), quien reportó el análisis de varios pacientes y planteó la viabilidad del uso del teléfono como una opción de tratamiento. Luego, los avances tecnológicos multiplicaron las opciones para la práctica psicoanalítica a distancia y con ellas, los términos para designarla: psicoanálisis online, psicoanálisis a distancia, cyberanálisis y análisis virtual. Esta falta de un acuerdo para nominarla hace evidente que esta práctica requiere una identidad para poder ser institucionalizada y con ello lograr cambiar el paradigma clásico de tratamiento clínico en un consultorio por otro que permita el trabajo psicoanalítico fuera de él, sin apartarse de las características que hacen que un tratamiento sea considerado psicoanalítico (Aryan et al., 2015).

Hoy se puede recibir tratamiento psicoanalítico vía Skype, chat, e-mail, videoconferencia, WhatsApp y blogs, entre otros. Hay terapias individuales y grupales, portales especializados en anorexia y bulimia, control de la ira y adicciones y también programas de tratamiento para descargar y trabajar a solas en la computadora (Colombero, 2019). El mundo virtual nos ofrece un sin número de opciones en la vida antes insospechadas y el psicoanálisis y la clínica psicoanalítica no escapan a las nuevas tecnologías y a estas nuevas formas de comunicación. Es por ello que actualmente, muchos psicoanalistas practican tanto el análisis, como las supervisiones y los grupos de discusión clínica fuera del consultorio, respetando el encuadre por sobre el espacio físico en el que el mismo se realiza. Las tecnologías son cada vez más sofisticadas y los psicoanalistas cuentan hoy con las herramientas necesarias para un buen diálogo analítico, dejando resuelta la imposibilidad de muchos pacientes de trasladarse al lugar físico en donde se encuentra el consultorio, compatibilizando de esta manera, el proceso psicoanalítico con las circunstancias de sus vidas (Aryan et al., 2015).

La discusión entonces ya no es acerca de la modalidad en la que se lleva a cabo el análisis, sino las condiciones en las que se establece el encuentro (Sahovaler, 2016). La terapia electrónica en los trastornos alimentarios ha demostrado ser aceptable para la mayoría de las personas que necesitan tratamiento y que no tienen acceso a sesiones en persona, demostrando que el contenido de la terapia puede ser más importante para los pacientes, que su modo de entrega (Weissman, Bauer & Thomas 2020). Son pocos los espacios como la clínica psicoanalítica, que en pleno Siglo XXI, permiten dar soporte y

escucha al sufrimiento y al deseo del sujeto. Es por ello que el psicoanálisis no escapa a estas nuevas tecnologías, frente a las cuales se plantean distintas vicisitudes.

3.6.1 Ventajas y Desventajas

Desde la creación del psicoanálisis a fines del siglo XIX a ahora, los avances tecnológicos y científicos han modificado nuestras vidas de una manera inédita, inmediata y virtual, lo que nos lleva indefectiblemente a interrogar los conceptos fundamentales sobre los que se asienta el psicoanálisis disparando la pregunta: ¿se puede hacer psicoanálisis por internet? (Martínez, 2016). Y sin importar la respuesta, la siguiente pregunta evidente sería ¿por qué sí? o ¿por qué no?

Desde sus comienzos se considera al consultorio, como el lugar indicado para que se presenten las condiciones de escucha del deseo del sujeto hablante y la discreción que el mismo merece sin mayores complicaciones más que las del propio análisis. La clínica psicoanalítica en su trabajo con el analizante considera imprescindible el abordaje del inconsciente, la transferencia y la asociación libre establecidas por Freud y posteriormente seguidas por Lacan. Por lo tanto, se debe evaluar si los dispositivos electrónicos se encuentran a la altura del consultorio para poder observar y escuchar todo lo que surge en el análisis ya que existen procesos subjetivos como una mirada, un gesto, una expresión, un apretón de manos, entre otros, que precisan de ese espacio íntimo que brinda el consultorio, y donde el analista puede darle un lugar al deseo y a los padecimientos subjetivos de sus analizantes (Espinosa, 2016).

La realidad es que el impacto de las nuevas tecnologías en la clínica psicoanalítica es innegable. Resulta cada vez más común escuchar que se llevan a cabo consultas y tratamientos psicoterapéuticos de manera virtual, y es que, si se piensa en una sesión *normal*, en la que el paciente se recuesta en un diván, de espaldas al analista, ¿Cuál sería el problema con llevar adelante la sesión por *Skype*? (Zabalza, 2014). Probablemente la pregunta nos conduzca a pensar sobre la importancia que adquieren cuestiones trascendentales como la privacidad, la confidencialidad, la vulneración de identidad, los consentimientos informados y los efectos nocivos en las psicoterapias virtuales. Si bien parecen muchas las limitaciones y los desafíos éticos que se encuentran vinculados a la psicoterapia virtual también son numerosos los beneficios de esta modalidad que no parece tener marcha atrás (Colombero, 2019).

Estas nuevas tecnologías han ido modificando nuestras formas de vida y nuestra subjetividad a partir del extenso acceso a nuevas formas de establecer lazos sociales a través de las redes sociales. Pero este *vivir el mundo a través de una pantalla*, de alguna manera induce a mayor soledad de los sujetos, comunicándose a través de ellas con otros que están lejos, pero simultáneamente alejándose de quienes están en su entorno social (Espinosa, 2016). Sin embargo, la cuestión principal que se juega en el caso de todas las comunicaciones *online* se encuentra en relación con la necesidad de preservar la intimidad en el uso de tecnologías. Analista y analizante se deben sentir con la libertad de hablar y escuchar sin terceros que puedan oír la conversación. Además, para llevar a cabo el psicoanálisis *Online*, es importante reflexionar acerca de la ausencia del cuerpo, tanto el del analista como el del analizante, lo cual nos conduce a problemáticas tales como la pérdida que se tiene de información gestual y los datos corporales que se disipan a través de una pantalla, pudiendo la voz o la imagen aparecer trastocadas o distorsionadas. Por su parte, las líneas telefónicas fallan o incorporan ruidos inevitables que en ocasiones producen dificultades en la escucha. Con videollamadas hay posibilidades de verse y escucharse, pero de igual manera resulta importante cuidar la privacidad y que ambos lugares desde donde se transmite no puedan ser vistos ni escuchados por terceros (Espinosa, 2016). Cabe mencionar las desventajas que se relacionan con la necesidad de conocimientos tecnológicos con los que no todos los analistas o pacientes cuentan, ya sea por edad, falta de conocimiento o por cierta dificultad para adaptarse a los nuevos dispositivos. En contrapartida, son muchas las ventajas que representa esta modalidad en línea, entre ellas, se puede mencionar la facilidad de contacto y la libertad para elegir el momento en que el mismo se lleva a cabo, así como también, la posibilidad de ofrecer el servicio a pacientes que por sus localizaciones no podrían realizar la consulta y el ahorro de tiempo y dinero invertido en acceder a las sesiones entre otros (Colombero, 2019).

En definitiva, si bien existen un sin número de controversias, debates y dilemas sobre las cuestiones prácticas y éticas que atraviesan a la psicoterapia virtual, lo cierto es que es una modalidad de trabajo que está creciendo exponencialmente al ritmo de un cambio social y mundial (Colombero, 2019). De esta manera, internet y los artefactos electrónicos se impusieron en nuestras vidas posibilitando un psicoanálisis *online*, a distancia, más allá de las complicaciones propias de la tecnología permitiendo que se escuche al sujeto deseante en el espacio analítico, ya que el deseo del sujeto necesita seguir siendo escuchado y atendido hoy en día (Espinosa, 2016).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

4.2 Participantes

Cinco psicoanalistas de un Centro de Terapia y Docencia en Psicoanálisis. Los mismos atienden casos de pacientes con trastornos de la alimentación tanto en clínica de adultos como niños y adolescentes dentro de la institución.

4.3 Instrumentos

- Entrevistas semidirigidas a cinco profesionales de la institución psicoanalítica.

Con ellas se intentará obtener una descripción detallada de los diferentes casos en tratamiento por trastornos de la alimentación, así como de las intervenciones y su abordaje en general. El eje principal de las entrevistas será en relación con las diferentes formas en que se presentan los trastornos en relación con la comida y la manera en que éstos son abordados por los psicoanalistas de la institución.

Luego se indagará acerca del uso de la modalidad virtual para las sesiones, sus ventajas y desventajas.

- Observación no participante de supervisión de casos en relación con la problemática en adultos y adolescentes.

Además, se presentan viñetas clínicas aportadas por los mismos profesionales, con detalles relevantes en relación con la estructura psíquica sobre la que se manifiesta el trastorno de la alimentación.

4.4 Procedimiento

La recopilación de la información y los datos de los profesionales se obtuvo a través de entrevistas semidirigidas realizadas de manera telefónica debido al contexto

actual de aislamiento por COVID- 19. La duración aproximada de cada entrevista fue de una hora cada una y se llevaron a cabo a lo largo de dos semanas. En ellas se intentó ilustrar, de manera general, los casos que se presentan y presentaron anteriormente en sus clínicas y que se relacionan con los trastornos alimenticios, sus intervenciones, los vínculos familiares dentro de la problemática y el abordaje virtual de los mismos.

A la vez, se efectuaron observaciones no participantes de supervisiones virtuales a través de las plataformas digitales, sobre casos con desórdenes alimenticios en adultos y adolescentes para intentar comprender más en profundidad la clínica de estos trastornos y las diferentes maneras en que, actualmente, se presentan.

5. Desarrollo

En el presente apartado se intentará responder a los objetivos anteriormente planteados a través del análisis de la información registrada tanto en las diferentes entrevistas con profesionales a cargo de pacientes con trastornos alimenticios, como en las supervisiones de los casos, articulando ambos con la teoría expuesta en el marco teórico.

5.1 Introducción

La Institución es una Asociación Civil dedicada a la Asistencia y Docencia en Psicoanálisis abierta a la comunidad con más de 8 años de trayectoria. Cuenta con un equipo profesional mayor a 350 psicoanalistas que atienden a más de 1800 pacientes cada semana. Si bien los trastornos de la alimentación no se encuentran dentro de los motivos de consulta más frecuentes en la Institución, representan una problemática para la cual se debe desplegar un dispositivo especial que incluye derivaciones externas según la gravedad del riesgo que el caso representa. Actualmente, esta situación se encuentra agravada a causa del aislamiento social obligatorio dictaminado por el gobierno nacional. A pesar de las circunstancias, la Institución ha logrado adaptar de manera rápida y eficaz no sólo la enseñanza del psicoanálisis a través de sus posgrados, sino también sus ciclos de conferencias y la atención clínica que brinda a la comunidad, incluyendo, la atención a pacientes con trastornos de la alimentación.

5.2 Descripción del tratamiento desde un abordaje psicoanalítico

Los tratamientos psicoanalíticos no cuentan con una estructura fija de abordaje. Sin embargo, la dirección de la cura presenta cierto consenso en relación con los trastornos de la alimentación. Es por ello por lo que los profesionales entrevistados, proponen al igual que Cosenza (2019), acercarse al trastorno alimentario en su condición de síntoma para tratarlo en función de la demanda simbólica que vehiculiza y del goce que representa, y acuerdan en que los mismos deben estar dirigidos a una invitación hacia el sujeto portador del padecimiento a poner en palabras su síntoma, apostando con ello a un corrimiento del objeto *comida* el cual hace posible el surgimiento del sujeto. En este sentido, Ana asegura que la clave en el tratamiento psicoanalítico es la de *alojar al paciente escuchándolo en su dimensión subjetiva* y con ello implicarlo en su cura, operación que según Cosenza (2018) produce cierto alivio del síntoma en los casos de anorexia histérica. Así mismo, Sandra propone escuchar la singularidad del síntoma inscripto en el cuerpo de la anoréxica, un cuerpo que según Recalcati (2003), habla sin palabras, como aquello que no puede decirse. Por su parte María, sugiere hacer hablar al paciente entendiendo que el sujeto, es efecto del significante, y Fabiola, sostiene que estamos hechos de palabras y que la única vía para constituirnos como sujetos es a través de ella. De esta manera, las cinco psicoanalistas de la institución apuestan a la cura por la palabra como eje central del análisis. Eje propuesto por Freud en 1890 (Andina, 2011) y sostenido por Lacan (1949) en *Función y campo de la palabra y el lenguaje del psicoanálisis*. Es a partir de esto que Sandra considera importante resaltar los dos grandes conceptos que Freud descubre, el inconsciente y la transferencia y agrega que, dado que somos sujetos divididos entre un saber que percibimos y otro que nos determina y del que no tenemos idea sino por nuestros lapsus, olvidos, inhibiciones y angustias a partir de los cuales nos anoticiamos, la condición de la cura es, según Sandra, a través de la transferencia. Preocupándose la entrevistada en aclarar, que se trata de una transferencia en su estado positivo, en lo que Freud llamaba amor de transferencia. En relación con esto, Vanesa asegura que, *si no se establece un vínculo amoroso con el terapeuta, no se va a transferir nada por más que se hable* y agrega, *para que el paciente transfiera sus relaciones con nosotros hay que conquistarlo amorosamente*. En esta misma línea es que Ana asegura que cualquier tipo de intervención no va a entrar por el intelecto, *va a entrar por la vía del amor*.

De esta manera, los profesionales entrevistados coinciden en que el objetivo del tratamiento es el de lograr que se constituya un sujeto escindido para así poder convertir

la anorexia en un síntoma que permita ser analizado, y para lograrlo resulta relevante la experiencia clínica que, desde sus comienzos, es considerada por Freud (1911) una herramienta fundamental en la práctica psicoanalítica. Más aun teniendo en cuenta la resistencia con la que las entrevistadas describen se presentan a las consultas los pacientes con bulimia y anorexia, y a la cual hace referencia Lacan en su Seminario XXI cuando introduce como los dos pilares de la estructura anoréxica a *La función del rechazo del inconsciente* y *el objeto nada*. Es así es como Vanesa, asegura haber pasado más de dos meses atendiendo a una adolescente con anorexia sin haber podido intervenir una sola vez. Por su parte Ana afirma que se ayuda a elaborar el síntoma a través de la palabra, de la escucha y del vínculo amoroso que se debe entablar, vínculo que poco a poco debilita la resistencia con la que se acercan las pacientes. Por otro lado, Fabiola considera que el problema está en que son pacientes que no cuentan con la palabra y, por lo tanto, para ser visibilizados se hacen invisibles, asegurando que *esto es igual que en el adicto... lo demás, es histeria, neurosis obsesiva, es parte de una sintomatología, no es una anorexia mental, anorexia melancolizada...* De esta manera, Fabiola sostiene que las *anorexias verdaderas* son como una estructura que se constituye en un proceso identificatorio que emerge en la pubertad, en donde la estructuración primaria del narcisismo se constituye sin fantasma, siendo la anorexia vera, la condición de existencia que responde a la única posibilidad de estar vivo. Asegura la psicoanalista entrevistada que, en ellas *no hay nada más armado...* y que, por el contrario, en la histeria la anorexia se estructura como síntoma, un *acting*, una verdad que sube a escena y en la cual, la anoréxica se ve mal frente al espejo y que, como sostiene Sobral (2001), el *verse* o *sentirse* gorda es el modo en que un sujeto traduce su malestar. Es por todo esto que Cosenza (2018) considera fundamental el diagnóstico estructural que permita una lectura acertada de la función del rechazo del paciente, orientando así la intervención. Pero para que algo se inscriba como un síntoma analítico, María asegura que, *hay que elaborar, subrayar y puntuar y esto lleva a que se instale la demanda de saber del analista*. Demanda a partir de la cual, el tratamiento psicoanalítico se hace posible.

El psicoanálisis postula que el inconsciente se organiza en un discurso. Por lo tanto, hay una suposición de que aquello que se muestra y se dice en el síntoma quiere decir algo y puede devenir en significación en un análisis. Por todo esto María propone, al igual que Cosenza (2019) en su libro *La comida y el Inconsciente*, histerizar el síntoma anoréxico en el caso de las histerias, entendiendo que son casos en los que el rechazo es

una producción del deseo. En cambio, en los casos de anorexia vera, al ser casos en los que el rechazo se presenta como producción de rechazo del Otro y esto produce un goce, María propone ubicarse en una posición de aceptar al paciente encarnando a un Otro diferente al que se ubican sus propios padres, impidiendo de esta manera que la paciente ocupe el lugar de deshecho del Otro. Es así como Fabiola, asegura encontrar en su clínica, una necesidad de dejar de ser objeto de deshecho, de perderse en el otro y comparte el caso de una de sus pacientes que, con sólo 16 años, reconoce *no comer para hacerse visible ya que nunca nadie la miró...* observando un común denominador en relación con la mirada del otro. Fabiola explica que, en la anoréxica, se reconoce la mirada por parte del otro como a un objeto, no a un sujeto y lo adjudica a la falta de un tercero entre la madre y el hijo, un tercero que permita el corrimiento del lugar de objeto. Una paciente que relata María comenzó a los 14 años con ataques bulímicos. Luego de sus atracones, ella *tiraba los vómitos por la ventana*. Esto continuó por más de 5 años. Pocos años después, la paciente comenzó a ejercer la prostitución dejando con ello, de vomitar. Esto refleja, según la psicoanalista entrevistada, las situaciones en las que su paciente se ubicaba, siempre en el lugar de deshecho, encontrando un goce al lograr una mirada por parte del otro, y esto la erotizaba evidenciando lo que Cosenza (2018) plantea como *posición de goce sintomático preferido*, la de ser el desecho del Otro. En esta paciente, la psicoanalista reconoce el significante *no servís para nada*, que su paciente resignifica sirviendo a otros a partir de la prostitución. Con ello, María asegura que algo de la verdad de estas pacientes aparece cuando se logra articular el deseo con el goce.

Amigo (2009) asegura que el tratamiento psicoanalítico de los trastornos de la alimentación es una práctica dificultosa que no parece ajustarse al dispositivo clásico ideado originariamente por Freud. Esto que la autora sostiene en su libro *Paradojas clínicas de la vida y la muerte*, coincide con la opinión de María quien asegura casi imposible el uso de diván en la clínica de la anorexia por considerar a esta patología, una patología que se caracteriza por un llamado al otro en donde debe intentar hacer circular algo de la falta, bordear el síntoma y para ello, es necesaria la mirada. María se encuentra actualmente a cargo de varios casos graves de bulimia y anorexia, algunos de los cuales llevan más de 15 años en tratamiento. Ha dedicado un extenso apartado de su primer libro, a la bulimia y anorexia y actualmente dirige un posgrado en la Institución abierta a la comunidad. De la misma manera, Fabiola describe a estas patologías como caracterizadas por una estructura complicada, donde la intervención y el sentido clásico analítico no

sirven, por lo tanto, deben ser tratadas cara a cara, generando en la transferencia un espacio que posibilite hacer una diferencia e intervenir de otra manera, más desde el lado del acompañamiento, no poniéndose del lado de la demanda. A su vez, Ana asegura que la anorexia es una patología muy difícil de tratar por la fijeza que la caracteriza y que debe ser abordada con un cuerpo interdisciplinario. Así, a la hora de diseñar un tratamiento para los trastornos de la alimentación, se considera necesario tener en cuenta el trabajo con profesionales de diferentes áreas de la atención médica debido al alto riesgo de vida que presentan muchos de los pacientes (Ochoa, et al., 2013). De allí la importancia que adjudica Sandra, psicoanalista con más de 30 años de trayectoria dedicada a la clínica de adultos, a iniciar el tratamiento de estas patologías determinando el riesgo cierto o inminente del paciente para luego direccionar la terapéutica a encontrar el sentido oculto que se esconde en un cuerpo que el sujeto intenta hacer desaparecer. En su extensa trayectoria Sandra a tratado a pacientes con diferentes problemáticas entre las cuales se encuentran los desórdenes de la alimentación, y asegura estar de acuerdo con Amigo (2009) en que es ese trabajo interdisciplinario el que permite al analista delegar las funciones puramente orgánicas, para así ocuparse de encontrar la manera en que en que la anoréxica recupere su deseo de vivir.

Generalmente, los trastornos de la alimentación surgen en la adolescencia o los primeros años de la adultez (Ochoa et al., 2013). Es por eso que Vanesa, psicoanalista dedicada a la Clínica de Niños y Adolescentes, asegura recibir habitualmente consultas de padres de adolescentes que, preocupados por el descenso de peso o amenorrea de sus hijas, aseguran que las mismas padecen de un desorden alimenticio. Pero generalmente, su clínica revela que, sólo se trata de ese tiempo nuevo que caracteriza a la adolescencia en el que se empiezan a vivir en el cuerpo transformaciones, no sólo de formas, sino también de configuraciones, y dado que esto lleva tiempo resolverlo, muchos casos confunden esta etapa de cambios, en los que a la *imago* de la infancia le cuesta incorporar este nuevo cuerpo, con anorexia. Esta situación representa, según Vanesa, a un gran número de adolescentes a quienes su imagen de mujer les resulta un desafío por no contar aún, con un aparato psíquico en condiciones de procesarlo y entonces desencadenan en la pubertad, anorexia o bulimia. Así, inscribir el nuevo cuerpo en una representación, según la entrevistada, lleva su tiempo y necesita de la mirada del otro para que se enlace esta nueva imagen. Sin embargo, la mayoría de los casos que se presentan en el consultorio de Vanesa, refieren según la profesional, a otras problemáticas en las que, dejar de comer,

tiene que ver con algo más y que debido a la moda de la época, se presenta como anorexia, aludiendo a esa *peculiar capacidad histérica de imitar la situación del otro* referida por el propio Freud (1895) en *Estudios sobre la histeria*.

Ya a principios del 1900, Freud presentaba en *Tótem y Tabú* (1912), *El Malestar en la cultura* (1930) y en *Más allá del principio del placer* (1920), a lo social funcionando como Otro, un Otro determinado por la época, lo cual hace necesario considerar, en la construcción del síntoma psíquico, los instrumentos de conocimiento de la época en la que éste se manifiesta, presentando a la anorexia como síntoma también permeable al discurso social (López Herrero, 1999). Sandra sostiene que, no sólo el Otro primordial y la elección del sujeto son decisivos en la aparición del síntoma, sino también cómo el Otro social supone un papel agente en tanto que el discurso social contemporáneo, según María, empuja a los sujetos a una satisfacción inmediata y a un goce desmedido.

5.3 Análisis de los cambios en la sintomatología

La actualidad se presenta como una situación inédita que en muchos aspectos ha cambiado la vida diaria de todos. En pacientes con trastornos de la alimentación las respuestas sintomatológicas frente a estos cambios han sido según Sandra, muy variadas. Encontrando que los síntomas característicos de estos trastornos, definidos por la CIE 10 (2018) como una enorme preocupación por la imagen corporal y una percepción distorsionada de esta imagen que es acompañada de hábitos nocivos y conductas compensatorias, han logrado estabilizaciones importantes en algunos casos que, según María, se deben al aislamiento social, hallando una reducción sintomática muy particular en casos de bulimia producto de la condición forzada de no tener contacto con la familia en el momento alimentario común. Por su parte, Ana asegura que, debido a que el confinamiento ha reducido las posibilidades de salir y comprar, se ha producido cierto efecto de apaciguamiento en la sintomatología de algunas pacientes, encontrando en determinados casos que el virus, había pasado a ocupar el lugar de aquello de lo que debían protegerse. De esta manera, como propone Freud en *Sobre psicoterapia* (1905), las psicoanalistas de la institución evalúan los cambios en el caso por caso, según la posición subjetiva y el momento del análisis en el que se encuentra cada paciente, desplazando, como propone Brusset (1998), el acento de la dimensión sindrómica a la dimensión procesual en la que se produce el trastorno, para así lograr un acercamiento psicoanalítico de la anorexia. Siendo este desplazamiento del discurso alrededor del peso

y la comida el que, según María, permite ubicar a la anoréxica en el lugar de sujeto comprometido en su cura, lo cual corresponde a lo propuesto por Freud, cuando reintroduce al sujeto y lo responsabiliza del malestar que padece (Amigo, 2005) entendiéndolo que la disminución del síntoma va a depender, de la disposición del sujeto a *saber* algo sobre aquel malestar del que se queja (Durá Celma, 2004).

Lacan (1958) sostenía que *lo que llama síntoma es lo que es analizable* y, que la condición de analizabilidad está dada por la transferencia, lo cual nos permite entender a todo aquello que es analizable en transferencia, como síntoma, siendo el sujeto, según María, el efecto de lo que sucede en esa transferencia y el síntoma quien nos hace saber de una situación de deseo, como una forma de decir sobre el deseo inconsciente. Es decir que el síntoma nos hace saber de un saber que nos habita en el inconsciente sin que lo sepamos. La dificultad radica según Sandra, en que la anorexia es una patología que se presenta al inicio del tratamiento con un síntoma desconectado del inconsciente, sin demanda y desarticulado de la dinámica de la transferencia. Siendo el trabajo del analista, el de articular el síntoma para convertirlo en demanda de saber (Cosenza, 2019). María postula que, el saber que sostiene el síntoma, por ejemplo, *yo soy nada*, hace suponer al analista que hay un saber no sabido que lleva al paciente a ponerse en esa posición, y la dirección de la cura está en relación con volverlo un significante, un saber que se convierta en un síntoma analítico. Así, la psicoanalista asegura que, *al encontrar los significantes, comienza en el sujeto un movimiento. Una cuestión de saber. Algo que pasa a otro orden, que puede ser nombrado, tramitado... y eso disminuye el síntoma. Ayuda a tramitarlo*. En un tratamiento a cargo de Vanesa, la paciente pudo resignificar el significante *peso* alrededor del cual giraban sus días. Luego de declarar en una sesión, *Quiero dejar de ser un peso para mi familia*, y a partir de varias intervenciones alrededor de ese significante, la paciente pudo darle un nuevo sentido, presentando a partir de ello, un alivio en su sintomatología. Pero para ello resulta fundamental, según Cosenza (2018) que, en los casos de anorexias veras, el encuentro con la posición del analista sea un encuentro con otro Otro diferente de lo que ha encontrado en su vida, un Otro que no lo rechace.

Ana explica que la bulimia y la anorexia se ubican dentro de los llamados *nuevos síntomas* los cuales se caracterizan por el imperativo de gozar y sostiene al igual que Miller (2007 como se citó en Durá Celma, 2004) que, en esta época, el valor del goce se encuentra enaltecido, convirtiéndose así, en un derecho. Este goce, según María, se da en

la bulimia en los agujeros del cuerpo de manera excesiva, por lo cual, su trabajo en análisis es el de intentar ligar el goce al límite, ambicionando con ello, que la satisfacción sea parcial y no que invada todo el cuerpo. Un caso al cual hace referencia la profesional es el de una paciente que cuando comía algo de más se castigaba comiéndose todo sin medida lo cual era un estado que la devastaba, la llenaba de angustia y reconocía en este caso, la presencia de un *super yo* que no tenía medida, con una dimensión insensata de la ley. En relación con esto, Fabiola relata el caso de una paciente a la cual atiende hace casi 3 años. La misma presenta de manera recurrente ataques bulímicos que describe como una *necesidad imperiosa que le demanda una satisfacción inmediata e inmortal*. Necesidad que siente como una invasión que va directo al cuerpo sin poder ser frenada razón por la cual, Davidovich (2007), ubica estas *necesidades* más del lado de las compulsiones que de las representaciones dificultando con ello su lectura. Sin embargo, en los últimos 6 meses, estos ataques han disminuido en frecuencia e intensidad, lo cual ha llevado a Fabiola a explorar las condiciones que, debido al aislamiento, se han impuesto en la realidad de su paciente. Pero este no sería el único caso que presenta cambios en su sintomatología en relación con el aislamiento. María relata un caso que atiende hace 5 años. Esta paciente es una mujer de 26 años que presenta un trastorno grave el cual se caracteriza por vómitos y atracones. Es una paciente que se encuentra en aislamiento junto al resto de su familia a la cual describe como *caótica*. En cada sesión sus quejas giran en torno a las discusiones que se desencadenan en el seno de su hogar y que no logra comprender, frente a lo cual, responde comiendo compulsivamente. Esto desencadena, a su vez, un aumento de peso que, como un círculo vicioso, la angustia aún más provocando más atracones seguidos de vómitos. Con una madre alcohólica y un padre que la insulta, sólo puede añorar los momentos en que podía salir de su casa y *atacar los quioscos* o ir al boliche para poder drogarse. Previo a la cuarentena, la paciente había logrado bajar 30 kilos. Luego de 6 meses de aislamiento, recuperó 9 de ellos a causa de sus atracones.

Si bien como sostiene Sobral (2011), la relación de cada sujeto con el alimento tiene un lugar fundamental en su subjetividad, y esta relación es, estructuralmente perturbada, ya que concierne a la relación del sujeto con el otro en el campo del Otro (Freud, 1901- 1905), los trastornos de la alimentación son, según Sandra, una falla en la constitución del sujeto. Una constitución de la imagen del cuerpo que Lacan (1949) ubica en *el estadio del espejo* y en esa escena originaria en la que hace surgir al *Ideal del yo* y

que se logra en relación con otro. Pero lo que el sujeto anoréxico encuentra, según Sandra, no es la falta en ese Otro, es decir su deseo el cual le permitiría ser alojado, sino el desprecio o la indiferencia en la mirada de un Otro que, como asegura Recalcati (2003), lo invalida dejándole la marca de una imagen que se percibe como imperfecta y que lo acompañará toda la vida. Es en Tres ensayos sobre teoría sexual de 1905, que Freud encuadra la relación del sujeto con la comida mostrando no sólo su carácter constitutivo sino también demostrando que esa relación va más allá de satisfacer la necesidad de nutrición, es por ello por lo que María asegura que *hay algo del deseo en estas pacientes que no se termina de estructurar, no termina de operar como falta de un cuerpo vivo*. Siendo esta complejidad estructural lo que, desde los comienzos del psicoanálisis, se considera está en juego en cada caso de anorexia (Abraham, 1916).

5.4 Descripción de la relación entre los pacientes y su familia

Luego de seis meses de aislamiento social, algunos pacientes con trastornos de la alimentación presentaron, según Ana, cambios en sus vínculos familiares. Vínculos que, el psicoanálisis considera relevantes debido a la naturaleza de la problemática (Freud, 1901- 1905). Como asegura Sandra, se trata de una problemática que, se origina a partir de un Otro primordial con el que no se dieron las condiciones para que el aparato psíquico se forme *pulsionante*. Coincidiendo con Lacan (1955), quien consideraba vital para la constitución del sujeto, encontrar la falta en el Otro, esa falta que le permite al sujeto ser alojado por el Otro en su deseo. Esto según Sandra, aparece evidenciado en la falta del recorrido pulsional por los bordes que se da en las compulsiones de sus pacientes, y que, según María, se deben intentar ligar al inconsciente, porque de otra manera, solo queda *comer, comer, comer*, lo cual alude a los dichos de Freud (1905) que "la posesión compartida de la zona labial por las dos funciones - la sexual oral y la alimentaria- es la razón por la que se obtiene satisfacción sexual en la ingesta de comida" (p.491). María agrega que la ligazón, sólo es posible en el encuentro entre el *ser* y el Otro, entendiendo que la única manera de poder *ser* es abrazarnos a lo que el otro nos ofrece y que la demanda de amor es demanda al Otro, de una falta en ser cuyo origen está en esa hiancia que se produce al pasar la necesidad por el significante, y esa hiancia es el deseo (Sobral, 2011). Es así como una de sus pacientes, que aún vive con sus padres, se vio obligada a reducir sus ataques bulímicos debido a la cuarentena. Después de años provocándose vómitos a escondidas, se encontró las 24hs acompañada por su familia. Esto que en un

primer momento imposibilitó sus atracones seguidos de purgas, luego de meses compartiendo sus días con una familia que por primera vez tenía tiempo para dedicarle, transformó sus compulsiones, en algo que ya no necesitaba de manera imperiosa. Su impulso descontrolado por comer, ya no la invadía a diario, lo cual evidencia lo propuesto por Sobral (2011), quien asegura que, en la bulimia, la secuencia característica de: *la nada - el atracón - el vómito* representa el reclamo al Otro por el don de amor.

Ana coincide con lo propuesto por Amigo (2009), quien asegura encontrarse en su clínica, con un sin número de pacientes cuyas madres no se muestran deseosas de sus hijas y, por otro lado, casos cuyas madres aparecen como asfixiantes. Es decir, madres que, o bien están siempre presentes, o bien suplen su ausencia con un plus, como en un caso al que Vanesa dedicó varios años, en donde los padres de la paciente anoréxica no lograban comprender que era justamente la ausencia de la *falta* la que se hacía síntoma en el cuerpo de su hija adolescente. Así, entre lágrimas, en una sesión, con la madre de esa niña, gritaba incrédula: *cómo puede ser que esté así si nosotros le damos tooooooo. Todo lo que pide lo tiene...* lo cual nos conduce a la pregunta que Lacan (1958) se hace en *La dirección de la cura*, interrogando si la negación del sujeto a satisfacer la demanda de la madre no estará en realidad orientada a exigirle a esa madre que tenga un deseo por fuera de él tratándose entonces, de una estrategia de separación ante la demanda asfixiante del Otro (Recalcati, 2003). Por su parte Fabiola, al igual que Cosenza (2019), encuentra en la clínica, que los padres de la anoréxica se caracterizan por la falta de deseo, lo cual representa una proeza por parte de ésta, lograr tener a toda la familia no deseante, deseando su recuperación. Por eso Fabiola, considera importante realizar un tratamiento con la familia en su conjunto. Además, según las investigaciones para su próximo libro, la entrevistada asegura que estos trastornos se dan a través de la historia familiar, encontrándose generalmente en su origen, una trama generacional la cual refiere a la complejidad estructural ya esbozada por Freud y retomada por Lacan en los comienzos de la enseñanza psicoanalítica, en donde subraya el valor simbólico de la anorexia como síntoma, el cual ubica dentro de la cadena significativa de la que dispone el campo del Otro histórico-familiar (Abraham, 1916).

Sin embargo, muchas veces la enfermedad es el sostén de un equilibrio familiar, al cual refiere Cosenza (2019) en su libro *El muro de la anorexia* y que Fabiola experimenta en uno de los casos que actualmente atiende. En relación con éste, la psicoanalista describe como su paciente mantenía unida a la pareja de sus padres,

ocupando ella el ideal de estos, respondiendo incansablemente a la demanda de sus progenitores. Demanda de ser no sólo el sostén de la relación sino, además, del borramiento de los límites. Es así como la separación de los padres se armó, desde lo real, con la anorexia mental de esta paciente.

Generalmente, las consultas por parte de los padres llegan, según Vanesa, después de la pubertad, momento en el que se visibiliza la problemática. Es entonces cuando, según la psicoanalista, se angustian y la impotencia que sienten frente a ello, los muestra hostiles, dificultando aún más el clima familiar, lo cual coincide con lo señalado por Lasègue (1873 como se citó en Abíznano, 2019) quien considera a los padres de las pacientes anoréxicas, una pésima compañía por la angustia y la ansiedad con la que las llevaban a sus hijas a la consulta. Pero Vanesa se preocupa en resaltar que la mayoría de sus pacientes refiere el origen de su trastorno a las exigencias que reciben por parte de los padres los cuales, muchas veces sin percibir cuánto o de qué manera, juzgan sus errores. La entrevistada asegura que, detrás del deseo de los padres de esperar lo mejor de ellas, se esconde el deseo propio de cada una de sus pacientes que, en la mayoría de los casos, no coincide con los anhelos de los padres. Así, Ana asevera poder detectar en ciertas pacientes, el trastorno como excusa para declararse incompetentes ya que, de esa manera, nadie espera nada de ellas. Una paciente a la cual refiere la entrevistada, confesó en una de las sesiones, haber entendido que la enfermedad había sido siempre la forma de llamar la atención de sus padres para obtener sus cuidados, su tiempo. Tiempo que sólo le eran dados cuando ella enfermaba. Luego de muchos años en tratamiento, la paciente de Ana pudo reconocer su enfermedad como una vuelta a su infancia en la que sus padres debían ocuparse de ella, alimentarla, vigilarla de cerca, preocuparse y asegurarse que estaba bien. De esta manera, la psicoanalista junto a su paciente, ubicaron el origen de la enfermedad, en la necesidad insatisfecha de atención parental a partir de la cual, se estructuró una obsesión por ser perfecta, hermosa, autosuficiente y buena en todo lo que hacía.

Ya desde los comienzos, Gull recomendaba a los padres de las pacientes con anorexia no forzar la ingesta de alimentos, entendiendo que no era esa la vía en que debía dirigir el tratamiento y que Sandra confirma en función de los dichos de una paciente que, la insistencia en comer nunca es el camino para un abordaje psicoanalítico de la problemática. Es así como la paciente de Sandra, pudo expresar en una sesión, que su papá le insistía en que *si no comía se iba a morir* creyendo que lo que había que solucionar era su delgadez sin entender que lo que realmente debía sanar era su interior, que lo único

que le dolía era el alma y que la anorexia, era el síntoma visible de algo más profundo que, por alguna razón, no habían descubierto aún. Por su parte, y a pesar del desajuste familiar que caracteriza a la problemática tratada, Ana considera fundamental darles la palabra a los padres de las pacientes durante el tratamiento, considerándolos una pieza clave en la recuperación de estas a pesar de la complejidad de los vínculos afectivos que los caracterizan.

Pero, si bien los efectos emocionales negativos de la cuarentena se han acentuado para muchos pacientes con anorexia nerviosa que ya estaban aislados, tanto emocional como físicamente (Brooks et al., 2020), las cinco entrevistadas coinciden en que se necesita más tiempo para poder visibilizar los cambios en las relaciones familiares de las pacientes, que se desprenden de las condiciones impuestas por el COVID-19. Es así como María, sugiere esperar a que *todo esto* termine antes de asegurar que los cambios presentados se relacionan con las condiciones de aislamiento. También, y al igual que Ana y Sandra, María considera que los cambios están, generalmente, más relacionados con el momento del análisis en el que se encuentra el paciente, que en las condiciones en que se lleva a cabo. Por su parte Fabiola, se muestra interesada en averiguar si existe una relación entre el apaciguamiento de la sintomatología en los trastornos de la alimentación, y la disminución del contacto social que el aislamiento social obligatorio ha impuesto. En cualquier caso, la resignificación y elaboración de esta situación impuesta por el aislamiento, será posible según Vanesa, a partir del paso del tiempo, que permita entender cómo aprovechar lo sucedido, y ver de qué modo nos ha ubicado en lugares distintos que cambian la combinatoria de nuestras relaciones.

5.5 Evaluación de las ventajas y desventajas del análisis con modalidad online

Los cambios que la tecnología ha venido a traer en nuestras vidas son, según Vanesa, indiscutibles. Algunas disciplinas se han adaptado a ellas mejor que otras, pero ninguna ha podido escapar de los avances tecnológicos y las nuevas maneras de relacionarse. Ana asegura que la pandemia por COVID- 19, nos enfrentó a una realidad frente a la cual, lo único que permitió continuar con los trabajos, estudios, relaciones sociales, consultas médicas y tratamientos psicológicos, ha sido la virtualidad. Frente a ella, la institución en la cual se llevó a cabo la práctica profesional logró una adaptación rápida y eficiente tanto en los servicios que brinda en atención psicológica, como en el área de formación. Bajo el lema *Que se corte el virus, pero no la palabra* se ha promovido

la atención ininterrumpida de los pacientes, frente a lo cual se presentaron según María, pocas resistencias por parte de profesionales y docentes, encontrando según Sandra, mayor resistencia del lado de los pacientes que prefirieron esperar. Frente a estos casos, Fabiola asegura haber mantenido contacto, llamándolos constantemente para intentar retomar la terapia

Sin embargo, dada las cualidades que siempre han caracterizado al psicoanálisis, la discusión acerca del uso de las tecnologías para el mismo, continua vigente con sus defensores y detractores (Martínez, 2016). Es así como Sandra, se interroga acerca del Concepto *presencia del analista*, preguntándose si el mismo se refiere a la presencia desde su aspecto físico o el de existir para alguien, asegurando que es desde este segundo aspecto, donde se ubica el lugar del analista. De la misma manera María, asegura que presencia del analista es existir para alguien no estar ahí con el cuerpo, y que pensarlo desde lo físico es un prejuicio ya que lo que importa no es el lugar sino el vínculo amoroso. Así también Ana, sugiere que no debe trascender el dónde sino el cómo se lleva a cabo el análisis destacando la importancia del buen trato y la hospitalidad que, a través del dispositivo, permitan alojar y escuchar al paciente, dejando así demostrado que el contenido de la terapia puede ser más importante para los pacientes, que su modo de entrega (Weissman, Bauer & Thomas 2020).

Fabiola, una de las entrevistadas que se encuentra actualmente en plena elaboración de su primer libro en relación con la problemática de los trastornos de la alimentación, reconoce que la anorexia se trata de una patología con mucha mostración la cual se pierde en la modalidad telefónica o virtual en la que no se utiliza la cámara, ya sea porque son pacientes que no se quieren ver o por no sentirse preparados. Así, Fabiola asegura que se disipa la experiencia del consultorio en dónde aparecen ciertos *actings* tales como miradas que se dan en acto por la reacción a objetos del lugar, así como también, las que se manifiestan frente a una intervención y, dado que en el trastorno alimentario se conserva la mirada, el cara cara permite un mayor registro de lo imaginario. Son justamente los *actings* los que, según María, permiten leer lo que está en juego en el sujeto ya que su goce es imposible de decir con palabras, su goce según Davidovich (2007) se produce en el cuerpo sin dejarse traducir en el significante, encontrándolo difícil de ser descifrado ubicando al *ataque bulímico* más del lado de las compulsiones que de las representaciones, y por lo tanto, no está dirigido a nadie, siendo el trabajo del analista, el de intentar articular ese goce a una demanda. Trabajo que, según la

entrevistada, se ve dificultado por la falta de presencia física. También Ana percibe como la mayor desventaja en la modalidad online, el no contar con *la disposición del cuerpo*.

De todas maneras, las profesionales de la Institución a las cuales se entrevistó lograron adaptarse, en mayor o menor medida, a la necesidad de trasladar el consultorio al ciberespacio. Vanesa, asegura que si bien no elige esta modalidad *es un real que nos tocó y funciona muy bien*, obteniendo una mejor respuesta por parte de los jóvenes quienes, como sostiene Sandra, están familiarizados con las pantallas. Es por eso que si bien desde sus comienzos el consultorio ha representado el espacio indicado para las óptimas condiciones de escucha del deseo del sujeto (Espinosa, 2016), la clínica psicoanalítica, según Ana, ha podido superar este impedimento logrando con ello que se vea facilitado el distanciamiento geográfico a partir de las sesiones virtuales. La discusión entonces ya no es acerca de la modalidad en la que se lleva a cabo el análisis, sino las condiciones en las que se establece el encuentro (Sahovaler, 2016) para así lograr un cambio de paradigma que permita el trabajo psicoanalítico fuera del consultorio sin apartarse de las características que hacen que un tratamiento sea considerado psicoanalítico (Aryan et al., 2015).

Algunas de las psicoanalistas de la Institución que han sido entrevistadas, encuentran la mayor dificultad en la dependencia que se crea en relación con el funcionamiento de la tecnología. En relación con ello, Fabiola destaca lo inoportuno y confuso que resultan algunas de las interrupciones ajenas al tratamiento, mientras que Sandra plantea que frente a la ausencia del soporte de la mirada y en presencia única de la voz, se dificulta la escucha analítica con todos sus condimentos, ya que a veces hay interferencias, las cuales producen mayor cansancio. El esfuerzo de los profesionales es, por lo tanto, mayor y si bien como sostiene María, la función *deseo del analista* no pasa por ver al paciente, sino por la escucha y la interpretación de sus palabras, existen efectos desfavorables en las psicoterapias virtuales (Colombero, 2019). Así, los principales argumentos a destacar en cuanto a los cuidados que se deben considerar en la modalidad online fueron, unánimemente, en relación con la privacidad y la confidencialidad tanto del analizado como del analizante. Ana relata que, en alguna oportunidad, en medio de una intervención, han aparecido en cámara otros miembros de la familia del paciente quienes, en un acto invasivo del espacio de intimidad, se presentan en pantalla por cuestiones nada urgentes. María entiende que inclusive este tipo de cuestiones, pueden formar parte del análisis, es decir, pueden ser interpretadas. Por su parte, Sandra ha

llegado a confirmar dichos de sus pacientes con actos que se ponen en escena. Ese es el caso de una mujer mayor de edad que, en medio de una sesión, recibía insultos denigrantes por parte de su hijo, dejando en evidencia el maltrato que su paciente había manifestado en el consultorio años atrás.

Pero, si bien como demuestra un estudio acerca de los Trastornos de la alimentación durante el aislamiento por COVID-19, la mayoría de los pacientes realizó de manera exitosa el cambio de su análisis a la modalidad online presentando sólo limitaciones en relación con la calidad del tratamiento debido a la virtualidad (Temorshuizen et al., 2020), Sandra asegura que *vivir el mundo a través de una pantalla* muchas veces aleja a quienes, estando cerca físicamente, se comunican de igual manera a través de un dispositivo electrónico generando, según Espinosa (2016), una mayor soledad de los sujetos. Por otra parte, acerca a quienes, por sus localizaciones o falta de acceso, no podrían acceder a las sesiones presenciales (Colombero, 2019). Es por eso por lo que Vanesa sugiere quedarse con lo positivo de esta modalidad que es la facilidad del contacto y la libertad para determinar el momento en el que se realiza, ahorrando a la vez tiempo y dinero, brindando, según Ana, un espacio donde poder depositar la confianza tan amenazada por la pandemia que permita a los pacientes poder sentirse contenidos a pesar de la ausencia de poder frente a la situación. Por su parte, María dice que, a pesar de extrañar mucho la presencia y el saludo, el deseo del sujeto, como sostiene Espinosa, (2016) necesita seguir siendo escuchado y atendido, y es el psicoanálisis online quien lo puede escuchar hoy en día (Martínez, 2016).

6. Conclusiones

En este trabajo final de integración se intentó describir los trastornos de la alimentación durante el aislamiento en un centro de terapia psicoanalítica abierto a la comunidad. El objetivo general del trabajo surgió de la práctica profesional que se realizó en dicha institución dedicada a la asistencia y docencia en psicoanálisis a la cual pertenecen los profesionales entrevistados y los pacientes cuyos casos son mencionados. El trabajo se llevó a cabo durante los primeros meses del año coincidiendo con los tiempos de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) significando grandes cambios tanto en la práctica psicoanalítica como en las manifestaciones clínicas.

Para la descripción de los trastornos de la alimentación se plantearon cuatro objetivos específicos relacionados con las problemáticas que caracterizan a dichos trastornos considerando, a su vez, las condiciones que el aislamiento por COVID-19 tiene sobre la clínica psicoanalítica. Si bien se han podido cumplir los cuatro objetivos, se presentaron ciertas dificultades vinculadas al acceso a la información y a los tiempos que los tratamientos psicoanalíticos requieren para visibilizar los cambios en cuanto a la sintomatología y a las relaciones sociales y familiares de los pacientes. A su vez, la singularidad con la que trabaja la clínica psicoanalítica presenta ciertas limitaciones para extender sus resultados por fuera de los casos presentados.

En función del primer objetivo de describir el tratamiento por trastornos de la alimentación desde un abordaje psicoanalítico, las principales líneas encontradas, están en relación con lograr el surgimiento del sujeto a partir de poder poner en palabras su síntoma que, hasta el momento, sólo estaba inscripto en el cuerpo, tomando como eje central del tratamiento *la palabra*. Se considera que es a partir de la escucha del paciente en su dimensión subjetiva que se instala la demanda de saber del analista, así como también, la implicancia del sujeto en su cura. Pero para poder orientar las intervenciones en la clínica, las entrevistadas consideran indispensable el diagnóstico estructural del paciente, recomendando en cualquiera de los casos, evitar el uso del dispositivo clásico del diván en la clínica de la problemática de la alimentación. Si bien no se consideran muchos cambios en relación con la técnica psicoanalítica a raíz del aislamiento, se deberá averiguar en cada caso el efecto que produjo esta experiencia cuando se produzca el reencuentro de los pacientes en el consultorio.

Un segundo objetivo específico intentó analizar la presencia o no, de cambios en la sintomatología de los pacientes con trastornos de la alimentación durante el aislamiento por COVID-19. Si bien se han presentado una gran variedad de situaciones que varían según el caso, los analistas se mostraron sorprendidos por el número de pacientes cuya sintomatología se vio apaciguada a partir de las condiciones de aislamiento impuestas por el COVID-19, especialmente en casos de bulimia, en donde los atracones disminuyeron considerablemente. Por el contrario, hubo casos en los que la imposibilidad de relacionarse por fuera de la familia ha llevado a pacientes a recuperar el peso que, antes de la cuarentena habían logrado perder. De esta manera, los profesionales sugieren un análisis más extensivo de casos observados y en un tiempo más prolongado que permita

describir los cambios sintomatológicos que el aislamiento presentó en relación con los trastornos de la alimentación.

Ciertas limitaciones se presentaron en relación con el tercer objetivo, en el que se intentó describir la relación entre los pacientes con trastornos de la alimentación y su familia evaluando las implicancias que el aislamiento por COVID- 19 podía presentar. Si bien se obtuvo información de algún caso aislado en donde se transmitió cierta armonía familiar producto de la disminución en las exigencias por parte de los padres, fue corto el tiempo transcurrido entre el decreto de aislamiento social obligatorio y las entrevistas, impidiendo que se revelaran nuevas configuraciones familiares, al menos en relación con los pacientes a cargo de las psicoanalistas entrevistadas. Es así como se presenta la dificultad de discriminar aquellas características que el aislamiento social vino a imprimir en todos los vínculos familiares, de aquellas que pueden ser consideradas características de los pacientes con trastornos de la alimentación.

Por último, el cuarto objetivo permitió describir las ventajas y desventajas que encuentran los profesionales de la Institución en el tratamiento psicoterapéutico con modalidad online. En líneas generales, las entrevistadas han mostrado una gran aceptación en el implemento de esta modalidad, manifestando la preferencia unánime por el consultorio como lugar de encuentro en el que la presencia de los cuerpos posibilita una mejor lectura de las reacciones y mostraciones. De esta manera, las entrevistadas fueron, poco a poco, ganando confianza con los dispositivos y entendiendo que se trata de una realidad que vino para quedarse, al menos en algunos casos en los que las distancias dificultan el traslado al consultorio, impidiendo con ello que el análisis sea posible. Según las psicoanalistas, el avance de la modalidad online en terapia representa la posibilidad de seguir escuchando al sujeto y su deseo, entendiendo de esta manera a la tecnología, como otro medio para permitir el desarrollo del trabajo analítico el cual, en época de pandemia, ha representado un espacio donde poder depositar la confianza otorgando así, contención a los pacientes.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo se pueden señalar diferentes cuestiones. Por un lado, respecto del material teórico, sólo se pudo realizar su búsqueda en internet ya que, debido al aislamiento obligatorio, no se pudo acceder a ninguna biblioteca para realizar una búsqueda por fuera de la red. El acceso a la información, así como los detalles de los casos, fueron brindados en su totalidad por las profesionales de

la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional. También, hubo limitaciones en cuanto a la posibilidad de acceder a las entrevistas de admisión y a las supervisiones presenciales de los casos. Así es como esta gran limitación, ajena a los profesionales y a la institución misma, que fue el *real* que se impuso desde el comienzo del trabajo, obligó a que todas las actividades se realizaran de manera virtual, significando un gran esfuerzo frente al cual, la institución en su totalidad respondió de manera favorable sin descuidar alumnos, pacientes ni profesionales de su centro.

Existen a su vez, grandes limitaciones en función de los tiempos lógicos y cronológicos que se necesitan para evaluar los cambios e implicancias que, el aislamiento social obligatorio, representa en la problemática tratada desde un abordaje psicoanalítico. Considerando esto último una elección apresurada en relación con la temática escogida debido a que el trabajo final integrador se realizó de manera simultánea con el aislamiento social obligatorio impuesto por el Gobierno Nacional Argentino. Impidiendo, de esta manera, tanto el acceso a material bibliográfico con relación a la temática, así como también, a viñetas clínicas que fueran capaces de reflejar las implicancias que la pandemia tuvo sobre los pacientes con trastornos de la alimentación.

Por otra parte, se sugiere como nueva línea de investigación, un abordaje psicoanalítico más actualizado de la problemática en relación con los trastornos de la alimentación y su relación con la época actual desde su vertiente histórica, ya que, en la clínica se visibiliza un fenómeno de la época en relación con la aceptación del cuerpo frente al que muchas adolescentes elijen mostrarse. Bajo un discurso que va de la mano del feminismo de aceptarse como uno es, pero vacío de contenido, la clínica evidencia que suele esconderse una disconformidad con el cuerpo que, si bien no se presenta en el motivo de consulta como un trastorno de la alimentación, en muchas adolescentes, éste aparece evidenciado con el transcurso del análisis. En relación con ello, no se encontró suficiente material bibliográfico confiable que reflejara este nuevo paradigma desde una mirada psicoanalítica y que quizás, permita explicar porque la problemática abordada representó, un tiempo atrás, un número significativo de casos cuya presentación respondía a un trastorno alimentario y en la actualidad no.

7. Referencias

- Abíznano, R. V. (2019). El advenimiento de la anorexia como categoría psicopatológica: discusión y delimitación entre Lasègue, Gull y Freud. *Perspectivas en Psicología*, 16(2), 90-97.
<http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/471/231>
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido, en *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Horme.
- Amigo, S. (2005). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Homo sapiens.
- Amigo, S. (2009). *Paradojas clínicas de la vida y la muerte: ensayos sobre el concepto de "originario" en psicoanálisis*. Homo Sapiens Ed.
- Andina, F. (2011). La cura por la palabra en los inicios de la clínica freudiana. *Tercer Congreso Internacional de Investigación* (pp. 64-69). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1377/ev.1377.pdf
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitán, A., & Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia: un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 60-75.
- Brooks, S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Brusset, B. (1998). La adicción anoréxica a la marcha y el trabajo psicoanalítico. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 152-69.
- Cabasés, J. S. S. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 17-22.
- Colombero, M. L. (2019). Dilemas bioéticos, fortalezas y limitaciones en el ejercicio profesional de las psicoterapias virtuales. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I*

Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E., & Anderson, L. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic: An overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Psyarxiv preprint*, 1-38. <https://doi.org/10.31234/osf.io/x7hea>

Cosenza, D. (2018). *El muro de la anorexia* (Vol. 8). RBA Libros.

Cosenza, D. (2019). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios* (Vol. 2028). Ned Ediciones.

Davidovich, M. (2007). Los des-bordes pulsionales. *Abordaje Psicoanalítico*. Buenos Aires: Letra Viva.

de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H., Schmidt, F., Mayr, A., Lam, T., Schade-Brittinger, C., & Hilbert, A. (2017). Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 987–995. <https://www.doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.215>

Durá Celma, R. “Hartazgo” (inédito). EUROPA PRESS/ BARCELONA (2004). “Científicos españoles descubren el origen genético de la anorexia”.

Espinosa, R. I. D. L. M. (2016). Vicisitudes del psicoanálisis online. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, (7), 526-539.

Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen II*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1976.

Freud, S. (1901-1905). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras. Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora) (1905) En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen VII*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1986.

- Freud, S. (1911). El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII* (pp. 83-92). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1912). Tótem y tabú En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XIII*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1988.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII*. (pp. 125). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XVII*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1975.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1986.
- Gull, W. W. (1964). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Evolution of psychosomatic concepts—Anorexia nervosa: A paradigm*. New York: International Universities Press. (Original work published in 1873).
- Hekier, M., Miller, C. (1994). *Anorexia Bulimia: Deseo de nada*. Paidós.
- Kraepelin, E. (1919). El estudio de las enfermedades psíquicas. *Revista de Neurología Total y Psiquiatría*, 51(1), 224-246.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador. En *Escritos I por Jaques Lacan* (pp. 86- 93). México: Siglo XXI editores. 2003.
- Lacan, J. (1949). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I por Jaques Lacan* (pp. 227-310). México: Siglo XXI editores. 2003.
- Lacan, J. (1955). Introducción del Gran Otro. En *El seminario de Jaques Lacan. Libro 2* (pp. 353-370). Barcelona: Paidós. 1983.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 3*. Buenos Aires: Siglo XXI. 2005.
- Lacan, J. (1973). Los incautos no yerran (los nombres del padre). Seminario XXI. México: Siglo XXI editores. 2001.

- López Herrero, L. S. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(72), 599-608.
- Martínez, J.M. (2016). El psicoanálisis por Internet, se puede. *Psicoanálisis y filosofía*. Recuperado de https://psicoanalisisyfilosofia.wordpress.com/2016/12/12/el-psicoanalisis-por-internet-se-puede/#_ftnref5
- Mellor Marsá, B., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 217-228.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2020). Nuevo coronavirus COVID_19. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Recuperado mayo 2020 de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento>
- Molina, L. (2020). Conjeturas acerca de los efectos del COVID-19 en la vida humana. *Estudios de Filosofía Práctica e Historia de las ideas*, 22, 1-5.
- Ochoa, N. C., Ramos, E. C., Méndez, A. J. G., & Alamilla, E. K. M. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.
- Raimbault, G., & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables: Figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexia, dependencias, psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Sahovaler, D. (2016). *El sujeto escondido en la realidad virtual. De la represión del deseo a la pornografía del goce*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Sobral, G. (2011). *Madres, anorexia y feminidad*. Buenos Aires: Filigrana.
- Sobral, G. (2013). El Psitio. Entrevistas. *Madres, anorexia, feminidad*. Recuperado de <http://www.elsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2311>

- Soh, N., Walter, G., Robertson, M., & Malhi, G. S. (2010). Charles Lasègue (1816–1883): beyond anorexie hystérique. *Acta Neuropsychiatrica*, 22(6), 300-301.
- Sotelo, I. (2020). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama ediciones.
- Temorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., ... & Bulik, C. M. (2020). Early Impact of COVID-19 on Individuals with Eating Disorders: A survey of~ 1000 Individuals in the United States and the Netherlands. *MedRxiv*, 1-31. <https://doi.org/10.1101/2020.05.28.20116301>
- Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. *Debate Feminista*, 22, 257-290. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/42624612>
- Weissman, R. S., Bauer, S. & Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 369-376.
- Winnicott, D. (1971). El papel de la madre real, ilusión, sostén, objeto transicional. *El psicoanálisis después de Freud*, 261-285.
- Zabalza, (2014). El Sigma.com. ¿Se juega la transferencia por Skype? Recuperado de <https://www.elsigma.com/columnas/se-juega-la-transferencia-por-skype/12672>