

Sentimiento de Orientación Vital y Vivencia del Cuerpo en Personas con Trastornos de la Alimentación: un Estudio Fenomenológico-Narrativo

Carreras, Xilenia^{*a} y Duero, Dante Gabriel^a

^a Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Artículo Original

Resumen

En este trabajo se analizan las experiencias corporales y las variaciones del *sentimiento de orientación vital* en tres mujeres adultas que han recibido diagnóstico de enfermedad mental. Se han realizado entrevistas en profundidad. Seguidamente se llevó a cabo un análisis fenomenológico-narrativo de las mismas. Para la configuración de las categorías y del análisis, se empleó el método de comparación constante. En base a los resultados se efectuó una valoración y comparación entre los casos.

Palabras claves:

Sentimiento de Orientación Vital; Vivencias Corporales; Enfermedad Mental; Ataque de Pánico; Anorexia.

Recibido el 26 de Marzo de 2012; Recibido la revisión el 16 de Septiembre de 2012; Aceptado el 29 de Octubre de 2012

Abstract

Vital Orientation Feeling and Corporal Experiences in People with Eating Disorder: A Phenomenological and Narrative Approach: In this paper we analyze corporal experiences and the variations in *existential feeling*, in three women that have received mental disorder diagnosis. We have done in-depth interviews. We have used the constant comparison method to configure the categories and analysis. Then, we applied a phenomenological-narrative approach. Based on our results we evaluate and compared cases.

Key Words:

Vital Orientation Feeling; Corporal Experiences; Mental Illness; Panic Attack; Anorexia.

1. Introducción

La noción *sentimiento de orientación vital* refiere a una vivencia anímica primordial y fundamental que estructura la existencia humana y organiza de forma unitaria los modos de estar, vivir y proyectarnos en el mundo (Binswanger, 1956; Ellenberger, 1967; Racliffe, 2008). En tanto disposición afectiva básica, parece cimentarse sobre un conjunto de experiencias corporales vividas, más o menos difusas y de carácter primario, como pueden ser la vivencia de la ubicación del propio cuerpo en el espacio o la vivencia del transcurrir temporal, vivencias que suponen la de un cuerpo habitado, un cuerpo vivido, organizado a partir de lo que son sus acciones habituales, sus disposiciones intencionales y su proyecto motor (Aisenzon Kogan, 1981; Merleau Ponty, 1975; Villamil Pineda, 2005).

Para algunos autores, las variaciones en la estructura del mundo vital que observamos en

enfermedades como la depresión o la esquizofrenia implicarían una modificación de las disposiciones totales de la personalidad aquejada, a la que subyacen alteraciones en las vivencias primarias del propio cuerpo (Binswanger 1956, 1961; Dörr-Zegers, 1971, 1995, 2002; Jaspers, 1993; Ratcliffe, 2008; Tellenbach, 1976). En un estudio de corte fenomenológico-narrativo, Soru y Duero (en prensa) y Soru, Carreras, Boris y Duero (2011) llevaron a cabo diferentes análisis de casos sobre las variaciones en la experiencia de orientación vital en una muestra de personas con y sin patología mental. Entre otros hallazgos, reportan que, en el caso específico de personas con depresión, la irrupción de la enfermedad había dado lugar a cambios radicales en el sentimiento de orientación vital y había transformado estructural y crónicamente la personalidad total de los pacientes.

* Enviar correspondencia a: Carreras, Xilenia
E-mail: xileca@hotmail.com

Estas alteraciones habían sido precedidas y acompañadas de claros y fuertes síntomas físicos, así como de una profunda modificación en la *vivencia del cuerpo como totalidad vivida*. El conjunto que llamamos vivencia depresiva, dicen los autores, resulta de un estrechamiento general del mundo vital del paciente, que limita la totalidad de las experiencias psíquicas y que se ancla en la vivencia de un cuerpo *restringido, constreñido e imposibilitado*. Tal alteración en la percepción y en la vivencia del propio cuerpo se acompaña de experiencias de *hundimiento, oscuridad, desequilibrio, desdibujamiento, desorganización e impotencia* y tiene su contracara en: a) un modo específico de experimentar el espacio exterior (que aparece ahora como *alterado, al borde del derrumbamiento e inestable*); b) un modo particular de experimentar la temporalidad (que es la de un *tiempo muerto o detenido*).

En el presente trabajo, nos hemos propuesto continuar con la línea de investigación de los autores citados. Partiendo de un modelo de análisis similar, hemos llevado a cabo un estudio de las *vivencias corporales* y las variaciones en el sentimiento de orientación vital en tres personas con diagnósticos psiquiátricos de enfermedad mental.

2. Método

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo basado en el análisis de casos, enfocado desde el método fenomenológico-narrativo (Tellenbach, 1976; Ratcliffe, 2008; Duero, 2010; Duero y Limón, 2007).

2.1. Participantes

Hemos seleccionado tres relatos de una muestra intencional de 15 personas con diferentes diagnósticos de enfermedad mental. Los diagnósticos de las personas que conformaban la muestra original incluían: trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, trastorno depresivo mayor recidivante); esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (por ejemplo trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante); trastornos por consumo de sustancias; trastornos de angustia (por ejemplo crisis de pánico) y trastornos de la conducta alimentaria (por ejemplo anorexia y bulimia).

Todos los participantes de la muestra original fueron entrevistados en las ciudades de Córdoba y Villa Mercedes (Argentina), durante los años 2011 y 2012. Como anticipamos, seleccionamos 3 casos (residentes de la ciudad de Córdoba) para la elaboración del presente artículo. La selección se hizo teniendo en cuenta elementos comunes de acuerdo con el tipo de diagnóstico y la sintomatología descrita por cada participante. Lo que particulariza y tienen en común los

casos elegidos es, por un lado, la presencia de algún tipo de síntomas de alteraciones en la conducta alimenticia así como ciertas obsesiones con relación a la imagen corporal y, por otro, la presencia de antecedentes de fantasías autoagresivas o de conductas lesivas autoinfringidas. Dos de los casos elegidos son de personas a las que se les diagnosticó algún tipo de trastorno de la alimentación (en comorbilidad con otras sintomatologías asociadas). El tercer caso es el de una mujer que ha recibido los diagnósticos “trastornos de ansiedad”, con “crisis de pánico” y distimia pero que, como veremos, manifiesta síntomas comórbidos del tipo anterior.

2.1.1. Casos

Vanesa

Vanesa es una mujer de 30 años. Padece distimia y manifiesta rasgos hipocondríacos. Ha sufrido ataques de pánico, crisis de ansiedad, conductas impulsivas de automutilación; ha sufrido, además, dos internaciones psiquiátricas. En algunos períodos de tiempo, sobre todo durante sus crisis de ansiedad y depresión, han aparecido alteraciones en los hábitos alimenticios, de tipo anoréxicos, así como fantasías y conductas autolesivas. En 2002 su médico psiquiatra le diagnosticó: trastornos de ansiedad, con crisis de pánico y distimia. Desde entonces recibe tratamientos intermitentes de tipo medicamentoso y psicoterapéutico con orientación cognitiva-ecléctica. Durante las crisis ha hecho uso de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos.

Tiene además una larga historia de uso de medicamentos psiquiátricos, con y sin prescripción médica.

Hace algo más de un año atrás tuvo una hija (Lilit) que falleció poco después de nacer. Previamente, Vanesa había perdido un embarazo de una pareja anterior, como consecuencia de un aborto espontáneo. Como veremos, la familia y la dificultad en tener hijos serán dos temas centrales, en su relato.

Caso Ariadna

Se trata de una estudiante de letras modernas, oriunda de una ciudad del interior de la provincia de Córdoba (Argentina). Tiene 19 años al momento de la entrevista. Durante la adolescencia, con 16 años, un equipo conformado por psicólogos y psiquiatras le diagnosticó un trastorno de alimentación no especificado. Refiere haberse sentido deprimida durante la adolescencia. Por aquella época llega a pesar 38 kilos (mide aproximadamente 1,60 metro de estatura). Ha

sufrido crisis de impulsividad durante las cuales se ha autoinfligido cortes en los brazos. Desde aquella época ha recibido tratamientos psicoterapéuticos y psiquiátricos, al parecer con diferentes orientaciones. Actualmente y desde hace 1 año concurre a sesiones de terapia con la misma profesional. La entrevistada no logra definir cuál es la línea terapéutica del abordaje, pero algunos datos nos hacen suponer que puede ser de orientación psicodinámica. No consume medicamentos. Como un dato adicional vale comentar que consume marihuana regularmente; la entrevistada no considera que esto sea una cuestión relevante en relación con su problemática.

Caso Iris

Iris es una estudiante de psicología de 23 años. Su historia está marcada por una relación ambivalente con su madre y la ausencia de un vínculo con su padre durante su infancia y adolescencia. Ha recibido numerosos diagnósticos entre sus 16 y 18 años de edad; entre ellos menciona: psicosis, trastorno obsesivo compulsivo (T.O.C.), bulimia y anorexia y trastorno de la alimentación no especificado. Durante la entrevista muestra una particular reticencia al uso de categorías psicopatológicas. Señala que prescindir de dichas categorías es lo que ha hecho avanzar el tratamiento con su actual psicóloga.

Iris ha sufrido experiencias de abuso sexual en la infancia. Se sometió a diferentes tratamientos psicológicos y psiquiátricos. Hace algo más de cuatro años la familia llegó a solicitar su internación pero la misma no se llevó a cabo. El trabajo con su psicóloga actual, que define como de orientación ecléctica, ha resultado efectivo. Actualmente Iris está estabilizada y no emplea medicación.

2.2. Instrumentos

En todos los casos realizamos entrevistas en profundidad de aproximadamente tres horas, cada una. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento informado de las participantes. Posteriormente procedimos a su desgrabación y análisis. Los pasos para esta primera etapa del análisis fueron: 1) transcripción de las entrevistas individuales; 2) lectura del material; 3) primer acercamiento con fines exploratorios (no-estructurado); 4) segmentación del texto en unidades de análisis siguiendo la técnica de *condensación de significados* (la cual consiste elaborar una síntesis interpretativo-normativa de los contenidos y temas principales de cada relato); 5) Identificación de dimensiones y categorías para un posterior acercamiento más estructurado al material.

2.3. Procedimiento

Para la construcción de los relatos se empleó una guía de temas con vistas a recabar datos relativos a diferentes aspectos de la vida pasada, presente y futura de las entrevistadas así como de vivencias y experiencias específicas asociadas con la enfermedad. Principalmente nos centramos en la caracterización que las propias entrevistadas hacían: de sí mismas (antes y después de la enfermedad); de otras personas significativas en su vida; de su contexto vital pasado y presente; de las vivencias corporales vinculadas con la aparición de la enfermedad; de los cambios en sus disposiciones anímicas y su actitud vital. Finalmente prestamos especial atención a aquellas expresiones que nos remitían a vivencias del cuerpo o bien a expresiones metafóricas con connotaciones corporales.

Presentamos a continuación el esquema de preguntas del cual partimos. Valga aclarar que las preguntas no siempre se realizaron del modo ni en el orden en que aquí son presentadas. En muchas ocasiones, una información era dada de forma espontánea por las entrevistadas. En otras, surgía como respuesta a otra pregunta o en medio de un comentario. En todos los casos procuramos privilegiar la dinámica de la entrevista y el curso que ésta adquiriría a partir del propio relato de las participantes.

Presente

- a. Autodescripciones: Hábleme de usted. Dígame todo aquello que considere pueda ser significativo acerca de su persona. ¿Qué puede decirme acerca de quién es, cómo es, qué cosas hace y que cosas le importan especialmente?
- b. Descripción de los otros significativos (grupo de referencia): Hábleme sobre quienes son las personas actualmente importantes en su vida. Cuénteme lo que le parezca importante acerca de ellos, de quienes son y cómo son.
- c. Descripciones del contexto vital: Hábleme sobre el ambiente o las características del contexto (tanto físico como interpersonal) en que vive actualmente. ¿Cómo describiría el clima emocional?

Pasado

- d. Autodescripciones: Hablemos del pasado. Cuénteme acerca de cómo fue usted de chico y de adolescente: ¿Qué cosas le importaban, cuáles eran sus intereses y qué le preocupaba? ¿Qué cree que fue lo más característico de usted durante aquel período?
- e. Descripción de los otros significativos (grupo de referencia): Hábleme sobre quienes fueron las personas significativas a lo largo de su vida durante aquel período. Cuénteme de ellas: ¿Cómo eran? ¿Cuál fue la incidencia que, según cree, tuvieron sobre usted y su vida?

- f. Descripciones del contexto vital y de cómo se lo vivió: Hábleme del ambiente en qué creció. ¿Cómo describiría el clima emocional? Cuénteme como fue crecer en él. ¿Cómo lo vivió usted? ¿Qué fue más fácil y más difícil?
- g. Descripción de acontecimientos autobiográficos significativos: Hábleme acerca de cuáles cree que han sido los acontecimientos más significativos en su biografía ¿Por qué? ¿Cómo los vivió y cómo los vive actualmente?

Futuro

- h. Autodescripciones: Hábleme de su porvenir. ¿Cómo se proyecta a usted mismo en un futuro? ¿Cuáles son sus proyectos? ¿Qué caracterización haría sobre quien cree llegará a ser?
- i. Descripción de acontecimientos significativos probables: Hábleme acerca de cuáles cree serán los acontecimientos importantes que, según cree, le tocará vivir en el futuro. ¿Cuáles son los obstáculos que vislumbra para cumplir con sus metas futuras? ¿Y las posibilidades?
- j. Descripción del contexto vital: Hábleme acerca de lo que cree respecto del contexto o ámbito en el que le tocará vivir en el futuro. ¿Cuál cree será el clima emocional predominante? ¿Cómo vislumbra sus vínculos o relaciones en el futuro?

La enfermedad:

- k. ¿Qué me puede decir acerca de su enfermedad, qué puede contarme acerca de ella? ¿Cuáles han sido los síntomas más notables? ¿Cuáles han sido sus experiencias subjetivas? ¿Qué resultaba más llamativo?
- l. ¿Qué cambió a partir del momento en que comenzó a notar los síntomas de la enfermedad? ¿Qué se modificó en su vida? ¿Cómo vivió usted este proceso? ¿Cómo vivió el diagnóstico y el tratamiento?
- m. ¿Cómo evolucionó la enfermedad? ¿Cómo describiría su estado presente? ¿Cómo se proyecta en el futuro?

Comentario: A partir de las respuestas de cada persona entrevistada se procuró explorar con el máximo detalle cualquier referencia a vivencias corporales como así también a las disposiciones anímicas globales y al conjunto de creencias o representaciones sobre la enfermedad y sus diferentes connotaciones.

2.4. Análisis

Las categorías han surgido del propio trabajo de análisis. Se empleó el método de comparación constante (Glaser y Strauss, 1967). Las categorías han sido ordenadas en función de dos ejes: 1) el temporal-diacrónico, dentro del cual hemos atendido a la secuenciación de diferentes sucesos en un devenir

temporal e histórico, distinguiendo entre el pasado pretérito, el pasado reciente, el presente y la proyección a futuro, todo ello en el marco de una trama; 2) el eje corpóreo-espacial-sincrónico. Dentro este último hemos atendimos a diferentes sensaciones, especialmente aquellas de carácter propioceptivo, pero también visual, asociadas con la vivencia de enfermedad. Prestamos asimismo, especial, atención a: la “experiencia del cuerpo como totalidad vivida” y la “vivencia agencial” de cada entrevistado (esto es, su modo de posicionarse, en términos actanciales, en un rol predominantemente activo o pasivo).

En base a las expresiones recurrentes surgidas de los relatos, elaboramos el sistema de “categorías vitales esenciales”. Estas categorías se infieren a partir de ciertos términos y de figuras y metáforas, utilizados por los entrevistados, para describir tanto “vivencias primarias” (básicas y casi siempre de carácter corporal) como vivencias o creencias “existenciales”, que son de carácter más general pero se asocian con las primeras. Se trata, en otras palabras, de una abstracción mediante la cual hemos intentado caracterizar una especie de estructura conceptual, basada en un sistema de oposiciones, que configura la trama de cada relato y que, a su vez, describe algunos modos “típicos” y recurrentes que cada persona tiene de experimentar, posicionarse y de dar sentido al mundo en el que vive².

3. Resultados

3.1. Caso Vanesa

3.1.1. Eje temporal diacrónico

La vida de Vanesa puede dividirse en cuatro grandes periodos dentro del espectro temporal, la niñez, adolescencia, y adultez hasta llegar al presente.

La niñez: Durante este periodo hay una fuerte presencia de las abuelas, sobre todo la materna, que es quien cría y quien transmite a Vanesa mensajes de hondo contenido religioso. Esta abuela trabajaba en la farmacia de un hospital. Vanesa recuerda que pasaba las tardes de su infancia recorriendo los pasillos del hospital y ayudando a etiquetar remedios a su abuela.

Vanesa asocia aquellas experiencias tempranas con sus primeros ataques de pánico y con las primeras manifestaciones de *locura*. Esta abuela se convierte en la vía de contacto con *la enfermedad*, con *la muerte* y los *temores religiosos*. “Me generó un temor a Dios. En cada ataque de pánico aparecía el tema de la muerte y la vida eterna”.

² Se trata de un sistema de coordenadas construido dentro un sistema de oposiciones, en algunos aspectos semejante a lo que proponen Kelly y sus continuadores, desde la teoría de los constructos personales.

El contacto con la farmacia y el hospital generan un especial vínculo con los medicamentos. Aprende a registrarlos, a conocer sus características e, incluso, a robarlos para ingerirlos. A ello y al contacto con los enfermos ancianos internados en el hospital, atribuye el desarrollo de muchos de sus rasgos hipocondríacos. Dice: “Me la pasaba en la farmacia, etiquetando remedios con mi abuela. [Ahora tengo] gran pasión por los remedios. Soy un vademécum. Y fui muy hipocondríaca. Vos me preguntás³ de sintomatología, de enfermedad, de valores y yo te puedo saber una barbaridad”; “Para mí la vejez era signo de muerte y de enfermedad”.

A los cinco años sufre su primer ataque de pánico, cuando intentan ponerle un abrigo que le queda atorado en la cabeza. Siente asfixia. “Porque el ataque de pánico es eso: no poder respirar”, comenta. Ese fue, nos dice, “el comienzo de su historial psiquiátrico”.

La asfixia y la sensación de falta de aire aparecen recurrentemente en aquel historial: un primo, menor, sufría por entonces crisis de ahogo. Vanesa lo observaba recostado en la cuna, pasmada, hasta que los padres llegaban a socorrerlo. De una de aquellas situaciones, comenta: “Me acuerdo que me empezó a picar la lengua, a enfriarse la lengua...”. Recuerda, de aquel momento, el “miedo”: “miedo a que el bebé se muera”, “miedo de morirme yo” y, a la vez, “deseos de no estar viva”, para “evitar el sufrimiento”. “Me preguntaba: ¿por qué tenés que respirar, por qué no ser (como) una estatua? ¿Por qué tenía que nacer? Yo no quería nacer. Nunca quise vivir”.

La adolescencia: Los ataques de pánico comenzaron a multiplicarse e intensificarse. Durante las crisis Vanesa sufría grandes dificultades para respirar. Además, el estado de alteración general que padecía, le impedía dormir. A veces las crisis se acompañaban con vivencias de despersonalización. Comenzó a sufrir, además, temor a salir de la casa, con lo cual se redujo el espacio vital. Las posibilidades de estar y desplazarse se achicaron. “Ya no salía. No iba más al centro... [A mitad de camino] me tenía que volver. Después ya no podía salir más al barrio. Y después de mi casa, de mi pieza. Así, me fui metiendo”. Todo aquello generó un estado de alerta constante. “Todo el tiempo tenía miedo

de tener miedo”. Y pedía perdón “Perdónenme, perdónenme, perdónenme...no lo puedo evitar, no lo puedo manejar...”

Adulthood: Podríamos subdividir el periodo de adultez en función de ciertas crisis nodales: a) el cáncer; b) el primer embarazo frustrado; c) los cortes y la primera internación; d) la familia y el embarazo de Lilit; e) el nacimiento y la muerte de Lilit (“la familia desecha”).

a) *Primera crisis, el cáncer de Hodking:* El cáncer es un elemento que no tiene centralidad en sí, dentro del relato; es más bien un agravante, en el nivel narrativo, para la construcción de la historia. La entrevistada considera que dicho agravante no fue “lo peor que le pasó en la vida”, si no más bien parte de los desvaríos que connotan de manera singular su propia vida como una vida signada por el sufrimiento. De aquél período recuerda: que era muy joven (20 años), había perdido el pelo y había atravesado un largo periodo de pruebas médicas. Surgen aquí las voces del *relato heroico* (Duero & Limón, 2007; Duero, 2010): el personaje expuesto a contingencias adversas, que es fuerte y se sobrepone a los avatares del destino. Vanesa sale indemne de aquella prueba.

b) *Segunda crisis, primer embarazo frustrado:* Algún tiempo después de recuperarse de la enfermedad se independiza económicamente de sus padres y se marcha de la casa. Ahora vive en una pensión. Está en pareja y accidentalmente queda embarazada. Surgen conflictos con la pareja. Y la relación termina.

Durante el embarazo tiene miedos, sobre todo de sufrir complicaciones y perder al bebé. “No tomaba agua, en mi mente loca, para no tener que ir al baño. Porque si iba al baño, capaz que (el bebé) se me salía. Me estaba volviendo loca, porque no lo quería perder”, dice. (Cabe comentar que su habitación se situaba en un primer piso y para ir al baño debía subir y bajar escaleras). Un día, tras fuertes dolores, se traslada al hospital. Los médicos que la atienden le dicen que ha tenido lugar un aborto espontáneo, por lo que consideran necesario hacerle un legrado. “Era un coagulo pasando por el útero- dice. Estaba como pariendo pedazos de coágulos. Me acuerdo: la sangre en el piso del pasillo. No había nadie de mi familia. No había nadie, nadie, nadie...”. Del padre del bebé, dice: “Me quedé con mucha bronca. Nunca lo pude perdonar. Te quedás con una cosa muy fea acá (se toca la garganta). No podía. No podía”.

Después de aquel episodio, el hecho de ver a otras mujeres embarazadas o a familias con bebés le provocaba ataques de llanto y angustia. Ello se combinaba con hiperactividad, cambios de humor

³ El cambio de la acentuación en algunas conjugaciones, como por ejemplo, decir *preguntás* en vez de *preguntas*, es común en algunos estratos y, sobre todo, en ciertas regiones de Argentina. Algunos entrevistados, como el tercero, realizan además modificaciones adicionales en el verbo, por ejemplo, dicen *ponele* en vez de *ponle* (es decir *supón* o *suponte*). En todos los casos, se tratan de citas textuales que reproducen el modo de conjugación y acentuación que usan los entrevistados.

repentinos y conductas de autoagresión. “Yo veía una embarazada y me empezaba a poner mal, a morderme; me ponía nerviosa, escuchaba que alguien había tenido un hijo y empezaba a llorar. Empezaba a reírme y a llorar mientras trabajaba... sufría un estado de inestabilidad...”. Además, deambulaba de un lado a otro, comía poco y bebía una considerable cantidad de aguardiente.

Por aquella época intenta comunicarse telefónicamente con quien había sido su pareja. Pero él se niega a hablar con ella y corta la comunicación. “Lo llamo y él me cortó. Ahí... me corté toda”, dice. Aquel día sufrió una crisis nerviosa. En un ataque de impulsividad se autoinfligió lesiones en las extremidades. “No me corté para matarme”, explica. “En absoluto. *Sentía que estaba por explotar. Necesitaba tirar un poco de angustia. Necesitaba sacarme la angustia de adentro. Y no había forma, no podía vomitar...*”. Algo después sufriría su primera internación.

c) “El neuro está todo con jaulas” (primera internación): La noche en que se corta, una amiga llama a la policía y, luego de su intervención, es derivada al neuropsiquiátrico. El ingreso es recordado con rencor. Evoca el hedor de la habitación, los olores de otras personas, las rejas. “Son jaulas, prácticamente. ¡Rejas, rejas... y olor a mierda!”. Pensó en escapar, pero sentía que no tenía adonde ir. Aunque el neuropsiquiátrico era vivido como jaula, afuera no tenía hogar. Por defecto, entonces, ahora “el hogar” sería la jaula.

Al mes experimenta una mejoría. “Me empecé a sentir bien, automáticamente. Todas las pastillas que te dan ahí te levantan de una forma que es increíble. ¡Empecé a comer! *Yo ya no comía, ya no comía. Estaba así todo el tiempo con los nervios así (gesto de trabar la mandíbula). Ya no comía y empecé a comer*”.

Es dada de alta. Pero entonces se encuentra con que el exterior no ha cambiado: “Uno sale con la expectativa de que va a estar divino. Pero uno no ha cambiado; el afuera no ha cambiado. Empecé a evaluar mis relaciones, qué relación tenía yo con la gente, en mi casa”. La etapa concluye con una vivencia de “vida vacía”.

d) *La vida resarcida y la recaída* (segunda internación): Un año después, se encuentra viviendo en un nuevo departamento. Al tiempo forma una nueva pareja con Miguel. A los dos meses vuelve a sufrir ataques de pánico y comienza a dejar de comer nuevamente. “A dejar de comer y adelgazar. Ya a lo último ni agua tomaba. Sentía pánico, pánico”, dice.

Sobreviene una segunda internación voluntaria. Fue un modo de “anticiparse a la locura”, dice: “para no

terminar otra vez con la vida vacía”. Y agrega: “Le dije al psiquiatra: Intername. Quiero que me hagan una vuelta de rosca con los medicamentos. Porque había algo que yo no estaba pudiendo manejar”.

Vanesa teme que, durante la internación, Miguel la abandone. “Me iba a dejar de querer y se iba a ir con otra, porque yo estaba loca”. A pesar de las dudas y los miedos, el momento de la internación es pasado felizmente. Un día: “Estaba en el *neuro*, sentada en la sala de visita y lo veo entrar por la puerta... ¡Casi me muero! Del alivio, de la paz... Aparte decía: bueno ahora sí me voy a poder concentrarme en mi tratamiento, porque tengo un motivo. ¡No sabés la carta que me dejó! Gorda te extraño mucho, decía la carta. El departamento sin vos no es nada, por favor, ponete bien”.

Al salir del hospital, Vanesa aún conserva uno de los dos trabajos y a su pareja: la vida podía continuar. Más adelante, Vanesa queda embarazada de Lilit.

El embarazo se dio sin grandes inconvenientes. Pero a lo largo de este período, surgen conflictos con Miguel, que dan por resultado una culminación del embarazo en soledad.

El día del nacimiento de Lilit, durante el parto, es el momento de mayor expansión de recursos narrativos. “Casi veo cuando la sacan de cola, me acuerdo la colita, la espalda”, dice. Luego, los hechos se desencadenan abruptamente: la imagen de la cama vacía, la noticia del fallecimiento de Lilit, que los médicos tardan en dar, la posterior desesperación, acunar el cuerpo sin vida y, finalmente, decidir la cremación. Tras la cremación, Miguel y ella se distancian. Vanesa recuerda con dolor: “El no me llamó más, para las cenizas, para ir a tirarlas. Y yo las tenía acá, en el placard. No quería ni abrirlo para sacar un pantalón ¡Un dolor! Aparte me pasaba con pastillas. Dormía, me despertaba, me tomaba otra pastilla para volver a dormirme. Estaba totalmente desbastada”.

La ilusión de familia se desarma. Vanesa compara el momento en que volvió a su departamento, ahora vacío, con la primera vez que sintió ganas de “cortarse”: era un “desgarramiento acumulado” y la necesidad de que ello se “evapore”. Dice: “Volví a sentir por segunda vez en mi vida esa *necesidad de cortarme y eliminar*. Otra vez *la vida vacía*: sin trabajo, sin pareja, sin hijos. Todo lo que yo había proyectado; porque *mi vida ya estaba proyectada*. ¡Yo ahora iba a trabajar para Lilit! Yo ahora iba a buscar un buen hombre, no sólo para mí ¡sino por Lilit!”.

Estado actual y proyección a futuro: Al momento de la entrevista Vanesa se encuentra viviendo con sus padres y su hermana menor. Aspira a ayudar a sus

padres a terminar la construcción de la casa y luego mudarse sola. Reconoce que, en el presente, valora mucho estar en familia. No está en pareja, aunque espera conocer a “alguien” con quien “mostrarse alegre” y no sumida bajo el “estado de melancolía” que la embarga. Anhela conformar su propia familia algún día. Dicho anhelo parece dar a su vida un sentido. Dice: “Para mí lo importante es un hijo. Ahora creo que es lo más importante; un hijo y la familia. Será porque me habrá quedado trunco... Quizás por las ausencias, me parece lo más importante. Yo muero por tener una familia (...) quiero mi familia, mi casa, invitar la gente a comer, cocinar para alguien, poder darle todo esto que tengo a alguien. Eso quedó acá...”

Recuerda a Lilit como a la hija que “está en el cielo”. Periódicamente le destina cartas y oraciones. Lleva consigo un tatuaje de una niña muy pequeña, junto con una oración, consignada abajo, en árabe, que dice: “Dios, sálvame de mi mente”. Vanesa dice, en relación con ello, que la locura es algo con lo que debe aprender a convivir.

3.1.2. Eje Corpóreo- espacial- sincrónico

Vivencias corporales y experiencia vital

Ingesta de comida: Durante las situaciones de crisis, Vanesa señala la disminución y casi supresión de la ingesta de alimento y el aumento en el consumo de alcohol. Las razones de sus conductas tendrían que ver con que sentía la *mandíbula trabada* y el ánimo *destemplado por los nervios*. Dice: “Yo ya no comía... tenía la mandíbula así (trabada); la pasaba con agua ardiente...era una cosa que iba a explotar”. Esto se acompañaba de sensación de impotencia, de enojo acumulado, de cosas que *quedaron por decir*: “Como que quedaron muchas cosas acá (se toma la garganta; hace gesto de sentirse asfixiada) que no puedo concluir”, explica.

Los cortes: El incidente en que Vanesa lleva a cabo automutilaciones de gravedad y que es causa directa de su internación, resulta de un estado previo de angustia que ha sido acallada y de la sensación de *soledad* y *malestar* que vivía desde tiempo atrás. Expresa un sentimiento de *energía acumulada*, que tiene la forma del dolor y la angustia. Dice, refiriéndose al alejamiento de su primer ex- pareja: “Tenía acá atragantado todas las cosas para decirle. Yo quería decírselas porque si no yo no iba a poder seguir. Entonces lo llamé”. Cuando él se rehúsa a atenderla, Vanesa se autoinflinge cortes. “Me miraba los brazos y me hacía un tajo. Se abría y se veía la grasa. Vuelvo a

hacer un tajo y se veía la vena. Volvía a hacer un tajo y salía la sangre. Y seguía cortando y yo sentía como una olla a presión que va haciendo sfuuuuu (infla el pecho y expira, como desinflándose), que va eliminando. Me acuerdo bien, caliente, la sensación de la sangre caliente. Tener una temperatura caliente, cayéndome...sentía el calor...”. Aquí, el fluir de la sangre y el dolor del corte se describen como un alivio, un sentimiento de *descompresión* y a la vez, como algo fascinante. Aparece, finalmente, la idea de lo *lleno* y lo *vacío*, de la *presión* y la *descompresión*.

Su relato hace pensar en el dolor como en un proceso con forma de espiral, que comienza con la *lástima* hacia ella misma y sigue hasta que el dolor se convierte en *placer*. El malestar aumenta hasta que la acumulación de energía necesita desagotarse. En estos instantes el dolor es como un cebo, una droga que adormece. Vanesa dice: “Vos cuando te hacés un tatuaje y te anestesia, el dolor mismo te empieza a anestesiarse, entonces me empiezo como... a entregar a la locura, me dejo ir un rato y vuelvo”. Y agrega: “Empiezo como a entregarme a la locura, me dejo ir un rato y vuelvo... hago algo... rompo... me dan ganas de cortarme acá, la pierna, puede ser la pierna, el pie...cualquier cosa, *la necesidad es...que salga de adentro, que supure*. Eso siento... Ahora lo expreso más con el llanto, la oración, los gestos, abrazar la almohada, querer agarrarla, los gestos, de moverla, acá... tenerla acá (gesto de acunar la almohada...)”.

Miedo a tener miedo: Entre los síntomas que Vanesa detalla, en relación con los ataques de pánico, están: el ardor de la lengua, la vivencia del espacio como apabullante frente la pequeñez propia, la parálisis, el sentimiento de despersonalización, la falta de aire y la sensación de asfixia. “Me agarró una parálisis desde el dedo gordo hasta la cabeza... y yo me quería ir y no podía moverme y empezó a picarme la lengua a picarme. Y empezó a enfriarse el cuerpo (...) Me empecé a poner muy mal”; y agrega: “El cielo que se me venía encima. Hoy sé que se llama despersonalización. En ese momento no sabía qué era, pero yo te lo explicaba diciendo: veo... una silla...que no es mi silla... es una silla...una señora cocinando que...que es una señora cocinando, no es mi mamá... Es como que veo... me abstraigo y veo todo desde arriba”. Aparece además el estado de alerta, el *miedo de tener miedo* que se torna insostenible. “Empecé con los ataques de pánico, a dejar de comer, de nuevo. Dejar de comer y adelgazar. Al último ni agua tomaba viste. La boca dura; no podía abrir la boca para digerir alimento. Aquí el llanto es lo que genera alivio. “Cuando empezaba a llorar (el ataque) se estaba yendo. Mientras

tanto todo era desesperación. Cuando se empieza a ir empezás a llorar y empezás a hablar y empezás a tomar agua”.

La tristeza: En relación con la tristeza, Vanesa la asocia con sensaciones corporales dolorosas muy concretas: “¿Cómo te puede doler el cuerpo de tristeza, me querés decir? Me dolían los brazos, me dolía el pecho, me dolía de dolor, de angustia, el cuerpo, no había forma de sacarlo”.

Mujeres de las panzas huecas: La pérdida de Lilit la enfrenta con *la vida vacía, infértil*, que ya *no podía llenar*, esto desde el nivel concreto (no ser capaz de tener hijos) hasta otro más abstracto y que supone la imposibilidad de edificar una vida, de llenarla y conducirla hacia algún lado. Como ideal, la familia cumple para ella un rol fundamental: *mujeres con hijos* son sinónimos de *una vida repleta*. En el otro extremo, hallamos las *mujeres con la panza hueca*, que ya en sus dibujos previos aparecían en posición arrodillada y que se asociaban con sentimientos de culpa, de dolor y ausencia, de un proyecto de vida que había quedado cancelado.

Vivencia del tiempo y el espacio

El tiempo: Durante las crisis y en las situaciones de angustia y de dolor hay un estancamiento, una vivencia de enlentecimiento del tiempo, de duración eterna. Refiriéndose a la muerte de su hija, dice: “De entonces a esta parte no pasó el tiempo ¡ No pasó el tiempo! Será que el tiempo de curación es mucho más lento que el tiempo real pero... no pasó el tiempo... Yo la veo...veo una ropa que me ponía con la panza y todavía me acuerdo que acá tengo la cuna, que todo esto estaba preparado para ella... el tiempo no pasó me parece”. Algo después comenta: “Voy con una nostalgia tremenda caminando por las calles, voy por esta calle cuando iba al departamento que vivía Miguel y tenía la gorda en la panza... por acá venía cuando veía la vidriera, con lo que le iba a comprar y por acá... o sea todo es recuerdo, registro automático de todo”. Y agrega “Mi abuela murió ya hace un año ahora y no... Me llama la atención y me asusta un poco, sentir que el tiempo se detiene, sentir que el tiempo se detuvo cuando pasó esto”.

El espacio: El espacio resulta abrumador, inmenso y apabullante. Durante las crisis de pánico, por ejemplo, el universo se vuelve inasible. Aparece el Dios que todo lo habita y que todo lo sabe, un Dios que además juzga y condena. El espacio vital se va reduciendo. Lo cotidiano queda cercenado al barrio primero, luego a la casa, después a la habitación y finalmente al interior de un armario, en donde Vanesa permanece sentada. Hay

una actitud corporal de recogimiento. Y aunque el miedo no cesa en posición replegada, en el interior de la habitación, es preferible al cielo abierto.

Aparecen expresiones referidas al hogar y la casa o, mejor, a su carencia. Lo *lleno* y lo *vacío* también remiten al *adentro* y el *afuera*. Mientras que lo *pleno* se opone a la *falta*, el *afuera* es, más que la libertad, sensación de *intemperie*, de hallarse en la nada. Dice refiriéndose a una vivencia durante una de sus internaciones: “Miraba una ventana abierta, sin reja. La luna que entraba increíble. Estaba sentada, tapada con la colcha, mirando por la ventana. Entonces yo decía: mirá qué fácil puedo saltar la ventana... ¿Pero, y adónde voy a ir? ¿Para qué me voy a escapar?”. No tiene un hogar, un sitio adonde volver, concluye. En otro momento agrega: “No tenía casa, no tenía la libertad que tenía antes, no estaba trabajando. Estaba como en una *vida vacía* que tenía que empezar a *llenar* y *no sabía por dónde empezar*”.

3.1.3. Categorías vitales esenciales y Sentimiento de orientación vital.

Algunas de las metáforas espaciales, temporales y corporales que venimos trabajando irán configurando un sistema de categorías vitales esenciales que definen el mundo de Vanesa en términos, por una parte, de aquello asociado con lo *pleno*, lo *lleno* (en el sentido de aquello que satisface), lo *completo*, la posibilidad de *respirar* y de poder *comer*, de estar comunicada, con posibilidad de hablar, sintiéndose descomprimida, dentro un tiempo fluido; de un espacio que se extiende fuera del cuerpo y que puede ser acogedor; de un cuerpo nutrido y nutricio, joven y fértil, un cuerpo sano, con concavidades, con aire, capaz de resguardar, de contener. Es la imagen de un cuerpo equilibrado, con posibilidad de proyectarse en el espacio; un cuerpo sostenido sobre pies seguros, con una espina dorsal flexible y cuyo eje gravitacional corre desde la coronilla de la cabeza hasta el coxis. En el plano vital, aparece aquí la posibilidad de una vida segura, *estructurada*, con una *dirección*, *proyectada*, pero a la vez con sustento, con un eje y un centro. En relación con ello, y acompañadas por un sentimiento de lo *familiar*, surgen las figuras del *hogar* y *la casa*, del *lugar en el mundo* junto con la posibilidad de una familia, lo cual *completa* el proyecto vital.

Aquél, que es el mundo buscado y deseado, se opone al mundo *vacío*, *desolado*, habitado desde lo *hueco*⁴; un mundo de *ausencias* y *faltas*, con un cuerpo

⁴Aquí estamos contraponiendo lo *hueco* a lo *cóncavo*. Al usar esta última expresión nos referimos, como indicamos antes, al carácter continente del

asfijado, frío, que vive en la angustia, con *miedo a tener miedo*. Este último es un cuerpo desgarrado, sin aire y sin espacio, cuyo centro gravitatorio parece estar en la cabeza, en los músculos tensos, de la boca y la mandíbula; las piernas no sostienen; se trata entonces de un cuerpo sofocado, que sufre la sensación de *atoramiento y acumulación*, al que es preciso hacer *supurar*, que se *cierra*, que se *traba*, que no puede comer ni beber. Desde este cuerpo *desequilibrado* el espacio exterior se vive como abrumador, inmenso y desértico. Es decir: el *afuera* es sinónimo de *intemperie*, de *falta de hogar*; son la aridez, soledad y desorientación que llevan a replegarse y buscar refugio en la estrechez de los espacios cerrados: la casa, la habitación, la cama, el propio cuerpo encogido. La vivencia del tiempo es, por lo demás, la de un tiempo circular, que se ha estancado. Y el futuro es un camino desolado, que se cierra. La figura gigantesca del Dios acusador, omnisciente, que controla y castiga, completa esta escena. El sentimiento de *culpa*, de *debilidad*, de *infertilidad*, de *fracaso* y de *impotencia* ante lo irreparable, así como también la vivencia de algo incompleto, contaminan todo hasta ahogar el proyecto vital de Vanesa⁵.

3.2. Caso Ariadna

3.2.1. Eje temporal-diacrónico

La trayectoria vital de Ariadna se puede subdividir en cuatro etapas que hemos identificado y nombrado empleando las propias expresiones de la entrevistada; a saber:

Etapas *Alto Edipo (seguridad y confianza)*: Refiere su vida en su ciudad natal, en donde se sentía alguien popular, respetada, alguien proveniente de una familia distinguida, a quien se le brindaba reconocimiento. “Era alguien- dice. Te conocen. Estaba muy *amparada*”. Y agrega: “En la escuela había tenido premios de literatura, premios de lectora”; “Yo, en la escuela, era la sabionda. Mi viejo es un músico reconocido”. Sentirse *amparada, observada, configurada* a partir de la mirada y el reconocimiento de los otros, es un elemento que sirve como *estructura de contención*. También contribuye a ello su contacto con el arte, que surge desde los primeros años: “¿Qué hice yo en toda mi vida? ¿Qué había hecho? Actuar, cantar, bailar, escribir, cocinar... Lo único que sabía hacer era eso”. Todo aquello estará en franca oposición con su vida posterior,

cuerpo; es decir, a su carácter positivo. En el primer caso, en cambio, estamos pensando en la vivencia de un cuerpo vacío, habitado por la carencia, lo cual remite a una vivencia negativa.

⁵ Es importante resaltar que en momento en que la entrevista se llevó a cabo, no había transcurrido aún un año de la muerte de Lilit.

como universitaria: “Entré acá (a la universidad) y no sabía quién era Foucault. *No sé si estás lista para entrar acá*, me decía a mí misma... Todo eso me fue restando. *En mi ciudad éramos conocidos*. Y acá no sabía ni cómo ir a la universidad”.

Etapas *Ser una emo⁶ de mierda (duda)*: Esta etapa describe sus 13 años. Ahora las vivencias corporales tendrán más resonancia, tanto para el relato como sobre su experiencia identitaria. “En ese momento yo era así como una *emo de mierda*. Con lo de la musiquita y lo de: *el mundo es una mierda*”-nos dice. Refiere, de aquel período, una depresión que identifica como antecedente directo de su posterior trastorno alimenticio. Dice: “Me vi gorda y dejé de comer”. Y agrega: “¿Qué me deprimía? Que mis amigas eran más flacas, mejores que yo; más lindas que yo. A mí no me *veía* ningún chico”. Nuevamente aparecen, aunque ahora con una connotación negativa, expresiones referidas al *verse* y a *ser y no ser vista*; a *ser reconocida* y *no serlo*. Surgen, además, referencias al vómito y la delgadez. “Yo pensaba en vomitar siempre. Me parecía que esa era la solución para estar más flaca”.

Etapas *Viuda negra (desgarro y aniquilación)*: Como en el caso que analizamos antes, también aquí una pelea y la expresión de rechazo de su pareja⁷, desencadena una crisis de angustia que desata la *anorexia*. El día de la pelea, su novio le dice que se había enamorado de otra mujer. Además, le hizo comentarios que hicieron sentir a Ariadna rechazada y despreciada. “Vos sos infeliz, triste, deprimente. Y ella es feliz. Ella me hace feliz. Vos no”, le dijo⁸.

Cuando el novio amenaza con dejarla, nos cuenta Ariadna, se le *cierra su garganta*. Siente que, a los ojos de él, *ya no tiene un haz de luz celestial*. Entonces “*cerré mi garganta y cerré mi estómago*. No me veía gorda. *Me sentía hermosa pero no podía comer*. Vomitaba agua. Tenía nauseas permanentes. Y *el llanto acá (en la garganta)*”.

Ariadna interpreta aquel distanciamiento, como una venganza de su pareja. El habría estado anoticiado de que ella le había sido infiel. “No me pudo decir: me estoy vengando”. Junto con la sensación de soledad, de

⁶ *Emo*, es un apócope de *emotive hardcore* y refiere a un estilo o género musical que tiene influencias del *hardcore punk* pero que apela a elementos personales e introspectivos, así como una mayor expresividad en la composición de sus letras. En el presente, esta expresión es utilizada para referir a determinados patrones estéticos que se definen por una actitud crítica hacia los estándares sociales, de oposición a la moda, y que además resalta ciertos valores nihilistas y escépticos.

⁷ Esta relación, es importante aclarar, se mantiene hasta la actualidad.

⁸ La supuesta mujer viviría en Mendoza y la relación entre ella y su novio habría dado a través de internet. Nuestra entrevistada dice que, hasta el día de hoy, no está segura de si la mujer existió o fue una invención.

ser rechazada y despreciada, también aquí aparece, como en el caso de Vanesa, el tema del posible embarazo como un elemento conflictivo adicional. Ariadna había tenido hacía poco relaciones sexuales con su pareja; temía estar embarazada. “Aquel día, dice, (mientras iba a comprar un anticonceptivo de emergencia), durante el trayecto de mi casa a la farmacia, mi novio iba diciéndome que iba a venir la otra chica e iban a hacer el amor ahí, en donde nosotros hacíamos el amor. Un cosa horrible”, relata.

Hay un dato crucial que es importante aclarar en este punto. A nivel simbólico, Ariadna caracteriza el vínculo con su pareja a partir de categorías que oscilan entre lo sucio y lo puro. Estas categorías se asocian con ciertos mensajes familiares. El muchacho es algo mayor que Ariadna. La madre de ella se opone, entre otras cosas por ello, a la relación. A sus ojos, la única motivación que mueve al joven a estar con Ariadna, es seducirla para tener sexo con ella. Dice la mamá: “El lo único que quiere hacer con vos, Ariadna, es *cogerte*⁹ y dejarte”.

Durante el primer tiempo aparece en Ariadna la duda de si debe o no *obsequiar* su cuerpo y su *virginidad*, siendo tan chica (14 años). Cuando finalmente lo hace, este acto, que se define como *entrega*, se asocia con ideales clásicos respecto del amor y las virtudes femeninas que, en el imaginario social, la mujer debe mantener (por ejemplo la castidad y la probidad). En este marco, su infidelidad posterior, puede pensarse como una *mancha*, una *ruptura* con aquel ideal de *pureza*, de *virginidad* que le otorgaba una *luz celestial*, desde donde configuraba su imagen de sí misma. Se produce un quiebre a nivel identitario.

Por aquel entonces, Ariadna se vincula con una red social de preadolescentes y adolescentes con trastornos de alimentación que poseen blogs y páginas de internet y que se llama *Pro Ana*. *Pro Ana* es una paráfrasis de *pro-anorexia*. Allí se abrían foros, se discutían las ventajas de la anorexia y se proponía la anorexia como “una elección de vida”.

Para entonces los cambios corporales se hacen más notables. Antes Ariadna era *atractiva*. Ahora, en la calle le gritaban: “Mirá: la viuda negra”. Por aquél período surgen, además, fantasías y conductas autolesivas, como hacerse cortes en los brazos. Esta vivencia es descrita como *liberadora* y *placentera*.

Etapas La vida en la facultad (aceptación y convivencia): El presente de Ariadna está marcado por

un pasado reciente, de adaptación a la vida universitaria como estudiante de Letras. Describe sentimientos de impotencia y minusvalía que se asocian con el hecho de ser desconocida por los otros. Se siente cuestionada: sus gustos musicales y estéticos no coinciden con el círculo de *literatos snobs*, en que la *moda* es una *anti-moda*. En relación con lo corporal, refiere su gusto “por lo estético”: le gusta la ropa “con brillos”, defiende la delgadez. “A mí me gusta todo eso... Soy una persona estética. Más estético que la moda no hay”, dice Ariadna. Lo “estético” se convierte así en un elemento esencial para la constitución más profunda de su ser. Esto la obliga a enfrentar las críticas; de sus pares pero, sobre todo, de su madre: “Mi mamá me decía que las anoréxicas eran pobres minas: *modelos*. Siempre dijo: sus hijas podían ser todo menos modelos y políticas. No podía creer que su hija, lectora, sabionda de música, de cine, inteligente, fuera anoréxica. La típica: vos sos inteligente: ¿Cómo vas a caer en esto? Todos me decían lo mismo: que yo no estaba siendo lo que esperaban. Con la carrera que estás haciendo te metés en esas pavadas, me decían. ¿Qué tengo que estudiar para ser anoréxica? ¿Diseño de indumentaria?... A mí me encanta la ropa, me encanta el modelaje. Eso no encaja para nada con vos, me decían; vos sos de las letras, de las películas”.

Presente y prospectiva o proyección a futuro (búsqueda de equilibrio): Se contraponen, con relación a su presente y su futuro, la elección de la anorexia, del *culto a los huesos* y *lo estético*, por un lado, con la angustia y la idea de muerte que, por el otro, aquello trae aparejado. Aquí el *poder ser* como totalidad anímica, se podría orientar hacia *un culto por el dolor*; un dolor que conlleva a desaparecer; que implica, más tarde o más temprano, la muerte. El arte, como medio de expresión, puede ser aquí la alternativa para conectarse con el placer de un modo saludable.

En el futuro, se piensa junto con alguien que la quiera: “Mirando muchas películas. Y haciendo películas. Pudiendo, básicamente, no sólo hacer películas si no *mostrarle* al otro un montón de cosas, de esa forma”.

3.2.2. Eje corpóreo-espacial sincrónico

Las vivencias del cuerpo anoréxico: En el relato, aparecen imágenes que contraponen un cuerpo que es *libre* a un cuerpo que se encuentra *atrapado*; un cuerpo *expresivo*, *celestial* y *luminoso*, *liviano*, *en movimiento* y que *se expande*; un cuerpo atractivo, *seguro de ser lindo*, *sexy*, capaz de *comunicar* (a través del baile, por ejemplo), asociado con un ideal de *felicidad*, al cual se le opone el cuerpo *estático*, encerrado, oscuro y

⁹ Esta es una expresión vulgar que en Argentina se usa para referir al coito. Es sinónima con la expresión española “joder” o la expresión anglosajona: “fuck”.

pedestre, de *las gordas*, que *no es estético* y que es un cuerpo condenado a la soledad.

Con relación a ello, la sensación de la *panza vacía* se describe como especialmente *hermosa*. Es una vivencia de *no contaminación*. Forzar los hábitos de alimentación será un modo de alcanzar la *pureza*. Dice: “No hay nada que te está contaminando. Porque la comida llega a ser una contaminación, un enemigo”. El vaciamiento que produce la experiencia del vómito estará, asimismo, asociada con una vivencia expansiva de los límites del propio yo; despierta sentimientos de trascendencia y poder. Dice: “Lo que empezó como no poder comer, como una privación física, después se convierte en una demostración de poder: poder seguir viviendo así y no saber hasta cuándo (...) Yo no tenía límites para la anorexia”. Inclusive los cortes autoprovocados se vuelven expresión de control del propio yo, “una demostración personal”, una estrategia para demostrar que todavía se sigue “en la carrera de hacerse mal”. La angustia de ver el cuerpo enflaquecido y deteriorado, resultaba algo menor con respecto a un bien mayor: “Era ver que se me cayera el pelo, que me crecieran los vellos... No tenía forma. Pero por otro lado, me encantaba que me dijeran que estaba delgadísima. Porque sabía que *era lo que yo tenía* que hacer. Que estuviera pasando eso, era producto de que yo estaba haciendo bien las cosas”. No comer se convierte, por ello, en una especie de culto: “Un culto a los huesos, un culto al hambre, un culto a la muerte, un culto a la autodestrucción, a la pureza. Es enfermizo. Pero para mí la anorexia es un universo muy grande, muy malo y muy bueno. Y muy amparador”

Vacío y dolor: Las vivencias corporales propioceptivas que se manifiestan son de dos tipos. Una es aquella que refiere a lo *vacío*, al *hueso saliéndose de la carne*, al desprendimiento de las partes del propio cuerpo, en donde no hay *nada que caiga*, en donde no hay *carne blanda*. Esto supone una vivencia de deterioro, de descomposición. Dice: “Al peinarme me sacaba un manojo de pelo. Las uñas no crecían y si crecían eran débiles. Estaba pálida, con ojeras”. Pero también es señal de una voluntad liberadora y potente. Porque la anorexia, en su noción más abstracta, es un “deseo de morir de a poco”, de “desaparecer lentamente”, dice, pero también de “autocontrol y liberación”.

Las otras sensaciones son las de dolor y cansancio: “Puntadas que se expandían”, “tirones”, “un dolor en toda la pierna”. También estas vivencias tendrán un constado ambivalente: como algo *terrible* y como un símbolo de estar *controlando el propio cuerpo*. Esto se hace explícito cuando Ariadna habla del significado de

sus automutilaciones. El *no comer*, el *cuerpo vacío* permite *llenar el abandono*. Los cortes a su vez, *llenan* la ausencia de la anorexia. Ya en relación con esto último y en términos corporales y estéticos, la sensación de vacío, nos cuenta Ariadna, no es superada ni siquiera por la que generan esos cortes. Dice: “*Los cortes eran como una forma de reemplazar el hacerse mal*. Pero nunca llegó a ser como no comer. No comer era un *sentimiento increíble, de tener el estómago vacío*, dice. Ese sentimiento no se compara con nada”

3.2.3. Categorías vitales esenciales

A lo largo del relato, determinadas vivencias corporales propioceptivas y visuales se volverán un elemento clave a la hora de configurar la experiencia y estructurar el “sistema de categorías vitales” esenciales de nuestra entrevistada. Resulta significativo, por ejemplo, las oposiciones que establece entre lo *no deseable*, lo que *no comunica* o es *torpe*, propio del cuerpo *gordo* no anoréxico y aquellos atributos del cuerpo *delgado*, *celestial* y *luminoso*, en donde *no hay nada que caiga*, que conlleva la *hermosa sensación de despojo y liberación* que produce *sentir los huesos saliéndose de la carne*.

3.3. Caso Iris

3.3.1. Eje temporal-diacrónico

La historia de Iris puede dividirse en los periodos correspondientes a la infancia y pubertad; la adolescencia y el estado actual (juventud). Incluimos además las proyecciones que hace Iris con relación a su futuro.

Infancia y pubertad: La familia de Iris, está compuesta por su mamá, su papá y un hermano mayor. Una tía paterna de Iris, que se suicida pasada la adultez, había sido diagnosticada de esquizofrenia. Siendo aún niño, el papá, que era huérfano, se marcha de la casa de sus tíos. Vive muchos años en la calle. Ya de grande, abandona su esposa e hijos cuando Iris es una niña. Iris no vuelve a verlo hasta la adolescencia.

Clima familiar: La relación con la mamá es casi siempre conflictiva y ambivalente, signada por la *confusión de amor y de odio*, de *constante de bipolaridad*, de *falta de límites*, de *violencia*, *llanto y perdón*.

Iris refiere, además, experiencias de abusos, hacia los 6 y 10 años. El relato es con relación a este punto, especialmente confuso y ambiguo. Estas experiencias, dice, se asocian con un despertar sexual temprano y con sentimientos de *amor*, *placer*, *vergüenza*, *culpa*. La consecuencia de ello será un quiebre en su identidad y

con el modo de vivir lo femenino: “Desprecio a mi identidad de mujer”, dice. También determina un modo de vincularse con el propio cuerpo. La belleza y cualquier signo de femineidad, serán para Iris, una complicación. Dirá más adelante: “La mejor forma de romper con la mujer, es *romper el cuerpo* ¿entendés? Hegemónicamente la mujer es *teta y culo*. Entonces *había que romper las tetas y romper el culo*”.

La abuela, por otra parte, señalaba y resaltaba la belleza de Iris. “¡Ay! ¡Mirá que lindos ojos!”, decía, refiriéndose a los ojos claros de Iris. Ello incomodaba a Iris. Comenta: “¡De chica, rogaba tener ojos marrones!”.

Adolescencia: Durante la adolescencia la vida de Iris se vuelve *caótica y sin límites*. El funcionamiento familiar continúa siendo disfuncional. La mamá tenía episodios de impulsividad. “Amenazaba con matarse”, “se encerraba en el lavadero”, “rompía vidrios”. “O por ahí agarraba el auto y se iba a los piques”¹⁰. Se sucedían las situaciones de pelea: “mi vieja, desde un primer piso, me tiraba masetas”. Mi hermano: “Me tenía negada”. De niños habían tenido un vínculo demasiado estrecho, probablemente asociado con aquellas experiencias de “temprano despertar sexual”. Más adelante, lo que tuvo lugar fue un alejamiento, por parte de él. Dice: “Había bloqueado que yo existiera. Lo avergonzaba”. Ya con relación al período de la enfermedad, agrega: “Y de paso no se quería encariñar. Nadie se quiere encariñar con algo que está por morir”.

Durante el período escolar Iris realiza gran cantidad de actividades extraacadémicas. Permanecía en la institución escolar o en sus alrededores durante muchas horas. Por entonces, dice: “Tuve un tiempo de mucho síntoma, más relacionado con lo que era la anorexia, la hiperactividad, la falta de hábitos... mucha vida social”. Más adelante vendrá un período de encierro. La vida social desaparece; ya no sale. La asistencia al colegio disminuye. La anorexia deviene en bulimia. Por entonces su espacio vital se retrotrae al espacio de la casa y, más específicamente, a su habitación. “No podía salir... era algo más fuerte, no podía salir de mi casa... de mi pieza. Además... vomitaba *bocha*¹¹ de veces en un día. Estaba deforme. Era un monstruo. Se me hacían bubones. Se me hacían chichones”¹².

¹⁰ Esto es: se iba de forma rápida, impulsivamente.

¹¹ Expresión popular que emplean los jóvenes en algunos lugares de Argentina. Significa *muchas*, una gran cantidad.

¹² El haber vomitado en el pasado se convierte en un estigma del presente, dice Iris, porque ante cualquier nuevo vómito, el rostro se hincha, se marcan las venas de toda la superficie de la cara. “Me había explicado un doctor que por la deshidratación fuerte, rápida, las venas se hinchan. Entonces es muy fácil identificar a una persona que tiene bulimia o que ha tenido bulimia. Porque cuando vomita se le ve en la cara al toque, en la nariz, los brazos, las

Aparecen ideas obsesivas, compulsiones y ceremonias con relación al vómito. Estas ceremonias se organizaban, por ejemplo, en función de la programación de la televisión. “En el noticiero último, de trasnoche, tenía que terminar de vomitar antes de ver las rayas de colores. Apagaba el tele antes de ver las rayas. *Veía las rayas y se me caía el mundo*. Una tristeza... Ver las rayas. Esas rayas eran terribles”.

Por otro lado, se hacen notables ciertas capacidades premonitorias. Iris puede *presentir cosas*, “presentir la muerte del padre de un amigo”, por ejemplo. A este principio de percepción por rangos se le suma la de percepción de relaciones simbólicas entre eventos aparentemente insignificantes. Una nota, un encuentro ocasional, puede tener un sentido mucho más profundo. “Alrededor del tiempo y el espacio (...) hay señales” que es preciso captar, nos dirá.

En este período se acentúa su sensación de ser diferente respecto de sus compañeros y amigos. Ella tenía “otras cosas en la cabeza”. Sus ideas y el modo en que se producían, también eran distintos. A los demás le “caía de a una ficha por vez”, algo *organizado*. En ella, estaba la *cabeza y todas las fichas juntas, colapsando*.

Diagnósticos y tratamientos: Los primeros síntomas de la anorexia evolucionan hasta su punto más álgido. Se produce el *rompimiento del cuerpo*. La bulimia y la anorexia son, en primera medida, un *abandono del propio cuerpo*. Hay una absoluta *falta de sensibilidad*, dice Iris, con respecto a las necesidades más primarias: *el alimento, el autocuidado, el abrigo*. Como consecuencia de esto, ella descuida su aspecto y su higiene.

Para entonces, los profesionales proponen diferentes diagnósticos, el de *psicosis* entre ellos. Los diagnósticos resultan en vano, dice Iris. “Lo único que hacía falta era *amor*, que en mi caso no había; *no había límites*”. Los tratamientos psiquiátricos se suceden. Y los tratamientos psicológicos que iniciaba, se focalizaban sobre el tema del abuso sexual, lo que la enfadaba. Dice con enojo: “Se garraban de eso. Entonces finiquitaban ahí todo el análisis”.

La terapia actual: Con su terapeuta actual establece un buen vínculo. Decide “contar toda su historia, sin tapujos”. La terapeuta se muestra conmovida. Se crea una relación de confianza. La compasión será para Iris un elemento clave: “Porque esa psicóloga se largó a llorar (...) (Entonces) ella me agarró y me llevó con ella”, nos cuenta. Esta terapeuta

piernas hinchadas. Y no era por un problema de auto percepción errada. Yo me veía deforme porque vomitaba como bocha de veces en un día, estaba deforme”

cumple un rol central en su “salvación”. Su terapeuta, refiere, “se jugó por ella”. “Fue como que me metió debajo de su brazo... Me dio *amor, compañía, contención, escucha, ¡límites!* Yo no tenía límites”, agrega.

Las pautas iniciales del tratamiento tuvieron que ver con consideraciones básicas del “autocuidado”, para lograr progresivamente mayor “autoconciencia corporal” así como de sus “necesidades básicas”. Dado este primer paso se podía avanzar en un camino hacia una mayor “discriminación de las emociones” y su identificación por medio de la palabra. Dice: “¡Era claro! Pero no se trata solamente del *límite*, (decir): *volvé a tal hora*. No. Son límites existenciales. *El límite entre el amor y el odio*. El límite entre: *te estoy golpeando y te estoy amando*; el límite entre *la seducción y el erotismo*. (Antes) *no había límites; había desfasajes* continuamente de un estilo para otro”.

Algo después, teniendo en cuenta la gravedad de los aspectos familiares disfuncionales, su psicóloga sugiere que Iris se mude y mantenga alguna distancia con su hogar. Con su psicóloga acuerdan conseguir un departamento, en donde Iris pueda vivir.

Ahora comienza, además, a asumir responsabilidades: comenzar a organizarse dentro de pequeños espacios; realizar actividades como la biodanza; mantener un trabajo de tiempo parcial y comenzar una carrera universitaria. El camino hizo posible la recuperación. Dice: “Una de las estrategias del tratamiento, fue *fabricar pilares; pilares que me sostuvieran*”.

Estado actual y proyección a futuro: Actualmente se siente bien consigo misma. Después de mucho tiempo, pudo aprender a mirar su cuerpo, a experimentarlo. “Me permitía estar desnuda. Entonces empecé a *encariñarme* con cada parte de mi cuerpo. Después con biodanza: *dejar de caminar desde los pies para a caminar desde las piernas, afirmé el paso*”, dice. El cuerpo ha dejado de ser un objeto de vergüenza o algo que es forzoso ocultar. Se ha transformado en un aspecto propio, con el que se identifica. Dice: “Hoy por hoy, con mi cuerpo, me siento bien, me siento linda, qué se yo. Mi nariz no es la que hubiera diseñado para mi cara, si la tuviera que elegir, pero es bella porque es mía; mis piernas están bien, mis piernas son lindas, son redonditas, *sexys*. Voy a trabajarlas con masoterapia porque estoy llena de celulitis; no llena, pero empezando a tener”. Hay un intento manifiesto por cuidarse: “*Empecé a tomar vitaminas, a cuidarme el cuerpo*; mañana me hago masoterapia en las piernas como nunca, todo mi nudo energético siempre fueron las piernas; *todos mis miedos siempre los llevé en las*

piernas”. Recuperar la salud tendría que ver con *desanudar* aquellos puntos críticos, esa *energía acumulada* en ciertas partes del cuerpo, cuya carga simbólica representa traumas o vivencias de sufrimiento.

3.3.2. Eje corpóreo –espacial- sincrónico

Vivencias corporales y espacio vital

Sensualidad, belleza y seducción: La sensualidad, la seducción, la belleza y la imagen de mujer se entrelazan con algunos mensajes familiares y con las experiencias de abuso. La bulimia y la anorexia serán modos respuesta para *convocar* y, a un mismo tiempo, para *evitar* la sensualidad. Convocar porque le permite *mostrarse*, desde un costado *histriónico y egocéntrico*. Para *evitar*, porque supone un *plan para romper el cuerpo*.

Romper el cuerpo: El cuerpo, es algo que es mejor no mirar. Es lo que avergüenza. A la vez, es algo extraño, ajeno, desafectado, es *el envase*. De adolescente Iris evitaba, ya, mirar los espejos y el propio cuerpo. Su imagen en el espejo generaba un sentimiento de disociación y fantasías de autoagresión, como “de dejar de comer o dejar de tomar agua”, dice. Y agrega: “(Tenía) muchas conductas de disociación. No sentía el frío, ni el dolor. Me había fabricado un mundo paralelo”.

La bulimia y la anorexia son, así, modos de *romper con aquel cuerpo*, de *disociarse*, sobre todo con lo que hace, específicamente, a *ser mujer*: las redondeces, las curvas, *las tetas y el culo*. De la bulimia, Iris dice lo siguiente “Tenía conductas de no comer, de autoagresión o de gritos, de quedarme abúlica. Podía estar quieta mucho tiempo, disociada, violenta. Y fabulaba todo el tiempo, me *colgaba*...”

Miedo en las piernas: Las piernas son un lugar simbólico en donde anidan sus miedos y vergüenzas. “Mi vida son las piernas. Yo creo que ves mis piernas y tenés un diagrama de mi historia en las piernas. ¿Viste como los árboles que los cortás y aparecen? Igual. Y siempre fue así... Y recién ahora con 23 años, me fui a masajear mis piernas”.

De pequeña ya se ruborizaba por sus piernas, que comparaba con la de las compañeras, más delgadas. Dice: “Lo que más quería que desapareciera eran mis piernas”. “Nadie reniega de sus piernas a esa edad ¿Me entendés? Yo me acuerdo renegar de mis piernas en el jardín. No tiene sentido. Es una nena que ya estaba observando, es una nena que estaba viendo que había algo diferente, que había algo que no le gustaba ¿Entendés?”, dice Iris, dejando entender que las

experiencias de abuso pueden haber ocurrido incluso antes de lo que ella recuerda. Más adelante agrega: "...eran bonitas, eran sobrevalorizadas. Y me han tocado ¿Me entendés? Cosas de esas, entonces empezás a renegar de tus partes. Por ejemplo todas mis pesadillas de chica tenían que ver con las piernas". Nos cuenta aquí un sueño, ambientado en el patio de un colegio, el cual daba a un bosque cubierto de nieve. Una maestra llamaba a los niños a correr por el bosque. Pero aparecían en escena unos monstruos. Los nenes intentaban salvarse y se trepaban a los árboles. Pero los monstruos serruchaban los árboles e Iris sentían que eran sus propias piernas, las que estaban siendo serruchadas. Cuando cada árbol caía, los niños que habían trepado en él, caían y se morían.

Corrientes como la biodanza y el reiki, fueron muy importante para revalorizar sus piernas e integrarlas a su esquema corporal de una manera más armónica, dice Iris. "También los masajes". Quien la atiende le ha dicho: "tenés todo anudado, en las piernas", nos cuenta.

Cuerpo roto y cuerpo purificado: En Iris, la bulimia y la anorexia no persiguen el ideal del cuerpo *esbelto* (delgado). Para Iris, la mayoría persona que padece estas enfermedades están manifestando algo más profundo. La comida, dice, no está asociada simplemente a una cuestión de kilos, no se trata de ser más flaca; la comida implica *comer, tragar, deglutir, incorporar durezas*, todo lo cual vuelve al cuerpo algo *impuro, impío, con relieve*.

Lo impuro y lo sucio: Cuando Iris se siente sucia, así es como se presenta ante el mundo. "Romper el cuerpo" fue un modo de renuncia y de denuncia, una forma de ponerle rostro a lo inhumano. La destrucción de la propia imagen era entonces un símbolo. Dice: "yo sostenía que a mí el cuerpo no me interesaba, que la estética me era indiferente. Deteriorar la estética ¡Es muy estético! ¿Me entendés? No deja de ser estético; no es indiferencia; es alta ocupación respecto a la estética, todo el tiempo". Porque lo que Iris deseaba, en lo más hondo, era la *pureza de lo vacío*; aniquilar a ese *cuerpo femenino* que es *monstruoso, redondo, relleno y duro*. Y es que *lo duro*, dice Iris: "se juntaba en la carne, en el cuerpo".

Vivencia del tiempo y el espacio

Tiempo: El tiempo, en términos de vivencia, aparece como caótico, desorganizado. Entre otras cosas esto se sugiere en la misma composición del relato, que va apareciendo como una red de ideas a veces más y otras menos conectadas entre sí; en esta trama, los acontecimientos y acciones se acumulan y superponen, en ocasiones sin una secuencia clara. Al hablar Iris,

manifiesta tener *muchas ideas al mismo tiempo, redes de pensamiento* que se van abriendo y bifurcando. Ello hasta puede hacer que pierda el eje de lo que estaba narrando; o que acelere el ritmo del relato casi con impaciencia. Comenta por lo demás, que en el período de la enfermedad tenía constantemente un pensamiento sostenido y constante, "un pensamiento en prosa", dice, que era como una voz interior.

También en la imagen de las *fichas que caen*, en su cerebro, *todas juntas* y no una atrás de otra como en los demás, se ilustra lo que pareciera ser un presente que por momentos se deshace y desparrama y por momentos se condensa.

En términos conceptuales, Iris hace una serie de referencias, en las que describe al tiempo como una cota con mayor o menor grado de extensión, como una dimensión variable en donde los sucesos se pueden percibir en un rango más amplio. Algunas personas, explica, tendrían una habilidad o propensión a percibir el tiempo en su cota más amplia. Esto explica los presentimientos o vaticinios que ella experimentó en diferentes ocasiones. Dice: "Yo creo que hay una dimensión, hay personas que están como más abiertas a percibir esas cosas, que las puede sentir un poquito antes; no es mágico; no es místico; es pura física". También en la lectura de estas experiencias se nos figura la imagen de un tiempo en donde el pasado, el presente y futuro pueden, repentinamente, aglomerarse.

Espacio: Con relación al espacio surgen algunas imágenes interesantes que refieren a los *límites*, a los *hábitos* y la claridad, a los *pilares* que *sostienen*, a una estructura que permite *discriminar* y que, en definitiva, *contiene, resguarda, acompaña*. Lo *organizado*, lo *sostenido* desde el cuidado, en *pequeños espacios*, como el *lugar propio* (su departamento, por ejemplo) se convierte en un camino que se transita *con paso firme*, y que se opone al *afuera*, en donde se *deambula* sin rumbo; al círculo familiar, en donde el amor y el odio, el cariño y la sensualidad se entremezclan, se confunden. También se opone al *adentro* del hogar, en donde *si estás solo, estás expuesto*.

3.3.3. Categorías vitales esenciales

Algunas de las metáforas espaciales, temporales y corporales que venimos trabajando irán configurando un sistema de categorías vitales esenciales que definen el mundo de Iris. La bulimia, la anorexia y las conductas autoagresivas se manifiestan como modos de *romper el cuerpo femenino*, de quebrar las redondeces, las curvas, *las tetas y el culo*. Las *durezas*, las *formas*, lo *relleno*, significan, antes que una potencial estructura o un punto de sostén, lo que lastima y vulnera. Las piernas, a su

vez, en tanto espacio simbólico, son el lugar en donde anidan los miedos y las vergüenzas. En síntesis, la aparición de relieve, de *durezas*, son signo de feminidad y de impureza, así como también lo es la *incorporación* de comida: el *tragar* o *deglutir*. Dentro de este mundo vital, lo oscuro, impreciso e informe se *anuda* con la *confusión*, la *desprotección* y *falta de apoyo*; representa la ausencia de *límites* y de *claridad*. La propia imagen puede resultar, entonces, impersonal y enajenada. También los afectos son confusos. Lo que hay es, o bien insensibilidad y frialdad o bien hacinamiento y promiscuidad. Aquí no hay *pilares*, ni *firmeza*. Es un espacio vital que se *desfasa*, en el que, fuera de lo que agrade y *violenta*, todo está *desorganizado* y se desmorona.

En contraposición, encontramos el mundo del *autocuidado*, de la *autoconciencia* y la capacidad de diferenciar y discriminar con la palabra: las *relaciones amorosas*, el amor del odio, la *seducción del erotismo* y, en general, las diferentes *emociones*. Los *límites existenciales* y la *responsabilidad*”; “el amor”; la construcción de un espacio propio, personal o la capacidad para mantener “hábitos”, se transforman en este otro extremo, en los pilares, los sostenes a partir de los cuales es posible transitar, por la vida, con “pasos firmes”.

4. Conclusiones

En la tabla 1 presentamos de forma esquemática algunas de las experiencias y vivencias corporales más importantes reportadas por las entrevistadas. Seguidamente ofreceremos una síntesis de las principales conclusiones que nos parece importante mencionar con respecto a cada caso y sobre los aspectos comunes entre todos ellos.

Vanesa: La narrativa de Vanesa es de tipo *progresivo-regresiva* (Gergen 1982, 1994; Duero & Limón, 2007). Se ordena a partir de tres hitos históricos fundamentales: el cáncer, la pérdida de los hijos y las rupturas de parejas. A partir de éstos eventos o conjunto de eventos el relato se organiza como una trama progresiva con una *actitud agencial activa* por parte de la protagonista.

La muerte de Lilit representa la crisis vital de mayor repercusión. La vivencia subjetiva, antes de esta crisis, aún tiene elementos expansivos: hay proyección en el tiempo y el espacio y un horizonte que se ordena en función del ideal de familia. A partir de esta muerte, la vivencia subjetiva es constrictiva: se anulan los proyectos y se encogen los espacios vitales; el horizonte se quiebra. La posibilidad de *ascenso*, desaparece. Hay detención, vacío, y caída. El mundo es ahora planicie,

intemperie; ya no hay un motivo que organice y reorganice la trayectoria vital y la proyección a futuro. Dentro de la historia, los otros, aparecen como figuras coercitivas y críticas o como ausencias. Todo ello conduce, en el relato, a un desenlace de tipo trágico o dramático (Duero y Limón, 2007).

Tabla 1

Síntesis comparativa sobre las experiencias y las vivencias corporales más importantes descritas por las tres entrevistadas

Caso Vanesa

Despersonalización: durante los ataques de pánico, están: el ardor de la lengua, la vivencia del espacio como apabullante frente a la pequeñez propia, la parálisis, el sentimiento de despersonalización, la falta de aire y la sensación de asfixia. Durante las crisis pánicas así como durante las crisis vitales describe vivencia de enlentecimiento del tiempo, de duración eterna: “me asusta un poco, sentir que el tiempo se detiene, sentir que el tiempo se detuvo”. El espacio resulta abrumador, inmenso y apabullante. Durante las crisis de pánico, por ejemplo, el universo se vuelve inasible. Aparece el Dios que todo lo habita y que todo lo sabe, un Dios que además juzga y condena. El espacio vital se va reduciendo. Lo cotidiano queda cercenado al barrio primero, luego a la casa, después a la habitación y finalmente al interior de un armario, en donde Vanesa permanece sentada. Hay una actitud corporal de recogimiento. Aparecen expresiones referidas al hogar y la casa y a su carencia. Lo *lleno* y lo *vacío* también remiten al *adentro* y el *afuera*. Mientras que lo *pleno* se opone a la *falta*, el *afuera* es, más que la libertad, sensación de *intemperie*, de hallarse en la nada.

La experiencia de dolor y malestar: Vanesa refiere haber experimentado dolor (en los brazos, el pecho). “Me dolía de dolor, de angustia, el cuerpo”, dice. Describe un estado previo de angustia acallada; de sensación de *soledad* y *malestar*.

Tragar y deglutir: Aparece la vivencia de la *mandíbula trabada* y el ánimo *destemplado por los nervios*, la experiencia del “bolo” atragantado, de no poder tragar.

La experiencia de liberación: Vanesa describe la vivencia “de una cosa que iba a explotar”, además de una sensación de impotencia, de enojo acumulado, de cosas que *quedaron por decir*, de *energía acumulada atragantada*. Emplea la metáfora de una olla a presión. Durante los cortes, el fluir de la sangre y el dolor del corte se describe como un alivio, un sentimiento de *descompresión* y a la vez, como algo fascinante. Aparece, finalmente, la idea de lo *lleno* y lo *vacío*, de la *presión* y la *descompresión*. El malestar aumenta hasta que la acumulación de energía necesita desahogarse. *La necesidad es...que salga de adentro, que supure*.

Lo lleno y lo vacío: Aparecen imágenes y vivencias de “mujeres con la panza hueca” así como imágenes relativas a lo lleno y lo vacío. *La vida vacía, infértil*, que ya *no podía llenar*, asociada con la vivencia de no ser capaz de tener hijos; imposibilidad de edificar una vida, de llenarla y conducirla hacia algún lado. *Mujeres con hijos* son sinónimos de *una vida repleta*. En el otro extremo, hallamos las *mujeres con la panza hueca* que se asociaban con sentimientos de culpa, de dolor y ausencia, de un proyecto de vida que había quedado cancelado.

Caso Ariadna

La experiencia de dolor y malestar: También aquí parecen sensaciones de dolor y cansancio: “Puntadas que se expandían”, “tirones”, “un dolor en toda la pierna”.

Tragar y deglutir: Antecede al ayuno la experiencia del bolo, de no poder tragar. La sensación de la *panza vacía* se describe como especialmente *hermosa*. Es una vivencia de *no contaminación*. Forzar los hábitos de alimentación será un modo de alcanzar la *pureza*. El vaciamiento que produce la experiencia del vómito estará, asimismo, asociada con una vivencia expansiva de los límites del propio yo; despierta sentimientos de trascendencia y poder.

La experiencia de liberación: Surgen imágenes que contraponen un cuerpo *libre* a un cuerpo *atrapado*; un cuerpo *expresivo, celestial y luminoso, liviano, en movimiento* y que *se expande*; un cuerpo atractivo, *seguro de ser*

lindo, sexy, capaz de comunicar (a través del baile, por ejemplo), asociado con un ideal de *felicidad*, al cual se le opone el cuerpo *estático*, encerrado, oscuro y pedestre, de *las gordas*, que *no es estético* y que es un cuerpo condenado a la soledad. Por su parte, las vivencias dolorosas (como las que provocan la anorexia o las automutilaciones) tendrán un constado ambivalente: como algo *terrible* y como un símbolo de estar *controlando el propio cuerpo*. Esto se hace explícito cuando Ariadna habla del significado de sus automutilaciones. El *no comer*, el *cuerpo vacío* permite *llenar el abandono*. Los cortes a su vez, *llenan* la ausencia de la anorexia.

Lo lleno y lo vacío: Surgen vivencias corporales propioceptivas que remiten a lo *vacío*, al *hueso saliéndose de la carne*, al desprendimiento de las partes del propio cuerpo, en donde no hay *nada que caiga*, en donde no hay *carne blanda*. Esto supone una vivencia de deterioro, de descomposición. Pero también es señal de una voluntad liberadora y potente: es un “deseo de morir de a poco”, de “desaparecer lentamente”, dice, pero también de “autocontrol y liberación”.

Caso Iris

Despersonalización: El cuerpo, es algo que es mejor no mirar, que avergüenza. A la vez, es algo extraño, ajeno, desafectado, es *el envase*. Su imagen en el espejo generaba un sentimiento de disociación y fantasías de autoagresión, como “de dejar de comer o dejar de tomar agua”, dice. “No sentía el frío, ni el dolor. Me había fabricado un mundo paralelo”. La bulimia y la anorexia son por su parte modos de *romper con aquel cuerpo*, de *disociarse*, sobre todo con lo que hace, específicamente, a *ser mujer*: las redondeces, las curvas, *las tetas y el culo*. De la bulimia, Iris dice lo siguiente “Tenía conductas de no comer, de autoagresión o de gritos, de darme abúlica. Podía estar quieta mucho tiempo, disociada, violenta. Y fabulaba todo el tiempo, me *colgaba*...”

El tiempo aparece como caótico, desorganizado. *Muchas ideas al mismo tiempo, redes de pensamiento* que se van abriendo y bifurcando; un pensamiento sostenido y constante, “un pensamiento en prosa” que era como una voz interior. También en la imagen de las *fichas que caen*, en su cerebro, *todas juntas* se ilustra lo que pareciera ser un presente que por momentos se deshace y desparrama y por momentos se condensa. Los *límites*, a los *hábitos* y la claridad, los *pilares que sostienen*, a una estructura que permite *discriminar* y que, en definitiva, *contiene, resguarda*, acompaña se contraponen a lo caótico, sincrético, aglutinado. Lo *organizado*, lo *sostenido* desde el cuidado, en *pequeños espacios*, como el *lugar propio* (su departamento, por ejemplo) se convierte en un camino que se transita *con paso firme*, y que se opone al *afuera*, en donde se *deambula* sin rumbo; al círculo familiar, en donde el amor y el odio, el cariño y la sensualidad se entremezclan, se confunden. También se opone al *adentro* del hogar, en donde *si estás solo, estás expuesto*.

La experiencia de dolor y malestar: La imagen en el espejo generaba en Iris un sentimiento de disociación y fantasías de autoagresión, “de dejar de comer o dejar de tomar agua. Las conductas de autoagresión se caracterizan como propias de un estado de disociación.

Tragar y deglutir: La aparición de relieve, de *durezas*, son signo de femineidad y de impureza, así como también lo es la *incorporación* de comida: el *tragar* o *deglutir*. Dentro de este mundo vital, lo oscuro, impreciso e informe se *anuda* con la *confusión*, la *desprotección* y *falta de apoyo*; representa la ausencia de *límites* y de *claridad*. La bulimia y la anorexia serán modos respuesta para *convocar* y, a un mismo tiempo, para *evitar* la sensualidad. Convocar porque le permite *mostrarse*, desde un costado *histriónico* y *egocéntrico*. Pero también es *evitar*, porque supone un *plan* para *romper el cuerpo*. En Iris, la bulimia y la anorexia no persiguen el ideal del cuerpo *esbelto* (delgado). La comida, dice, no está asociada simplemente a una *cuestión de kilos, no se trata de ser más flaca*; la comida implica *comer, tragar, deglutir, incorporar durezas*, todo lo cual vuelve al cuerpo algo *impuro, impío, con relieve*.

La experiencia de liberación: “Romper el cuerpo” es un modo de renuncia y de denuncia, una forma de ponerle rostro a lo inhumano y de lidiar con la experiencia de sentirse sucia. La destrucción de la propia imagen es entonces un símbolo. Lo que Iris desea, en lo más hondo, era la *pureza de lo vacío*; aniquilar a ese *cuerpo femenino* que es *monstruoso, redondo, relleno y duro*.

Lo lleno y lo vacío: Nuevamente aquí, lo vacío se asocia con la *pureza*. La carne, lo lleno y *duro*, representan contaminación.

Diferentes expresiones de la entrevistada parecen recuperar las vivencias más importantes, asociadas con la sintomatología anoréxica y las autoagresiones; a saber: 1) La bola que refiere al monto de angustia, atorado en la garganta, “por algo que quedó por decir”. La *bola* funciona como una obstrucción, que impide comer, que es necesario disolver. Los cortes autoinfringidos o la falta de alimento son expresión de esto mismo, es un intento de liberarse; 2) La olla a presión: que es señal de “no aguantar más”, de estar “por explotar”; 3) Las mujeres con las panzas huecas: constituyen una gráfica expresión de una categoría vital esencial de la totalidad anímica; refiere a la anulación del proyecto vital y por consecuencia a “la vida vacía”.

Como ya hemos dicho, otra categoría que cabe señalar es la que opone *lo lleno y lo vacío*. La vida vacía, sin horizonte ni sentido es el contrapunto de *lo continente, el hogar, la familia, el horizonte*.

Ariadna: La narrativa de Ariadna se organiza como una narrativa *regresiva-progresiva*. Hay un proceso de *descenso* y una posterior *rehabilitación*, dentro de un plano existencial, del personaje. El desenlace, dentro de una estructura narrativa *épica*, tiene connotaciones heroicas, en el sentido de que, tras los diferentes vaivenes que componen la trama, el personaje logra un clima de relativa estabilidad (aún cuando todavía quedan elementos que afrontar: como aprender a convivir con la enfermedad; Duero & Limón, 2007).

Dentro del sistema de categorías vitales esenciales, aparecen expresiones que refieren a *lo aéreo*, *lo celestial y luminoso*, lo que *se libera*, como opuesto al *cuerpo atrapado, estancado y quieto, condenado a la soledad*. La vivencia de mirar y ser mirado también es clave en esta historia: *mostrarse, ser reconocida y valorada* se configuran como elementos constitutivos del este sistema de categorías vitales esenciales de esta entrevistada. Sentirse *observada* es ser configurada desde la mirada del otro. Lo contrario es el desconocimiento, el no ser nadie. Curiosamente, para referirse a esta clase de sentimientos, Ariadna nos remitió a la obra de Sartre “A puertas cerradas”, cuya problemática refiere, específicamente, a la mirada y el reconocimiento del otro como asegurador de la propia existencia. Habitar el cuerpo es entonces, para Ariadna, vivirlo como cuerpo que puede ser mirado o que debe ser ocultado, es decir, un cuerpo que se define siempre con relación a un otro (Merleau Ponty, 1975: 88-89).

Iris: La estructura general del relato de Iris es también *regresiva-progresiva*. Sin embargo, una característica es su relativa falta de coherencia en la composición (Duero & Limón, 2007). Faltan las

funciones de apoyo que, típicamente, ayudan a dar coherencia y consistencia a la historia. Por lo menos en algunos momentos del relato, faltan las *especificaciones, aclaraciones, explicaciones e interpretaciones y metacomentarios* que, normalmente, ayudan al lector e intérprete a identificar la *función conclusiva* de la historia; esto es: por qué se dice lo que se dice y que pretende, el autor, que el lector u oyente concluya de lo relatado.

Luego de una etapa de *caída* (en que el personaje sufre pasivamente las condiciones del contexto) cada acontecimiento refuerza la construcción de un *agente activo*, que logra sus propósitos (aún cuando esos propósitos sean autodestructivos). Los acontecimientos fundamentales que se ubican como referencia dentro del hilo temporal son la familia disfuncional y el estado de vulnerabilidad (falta de límites, la confusión amor-odio, el abuso etc.)

En relación con el sistema de categorías vitales esenciales, las oposiciones entre *lo duro y lo blando, lo curvo y lo llano, lo sucio* como opuesto a *lo limpio o puro* son todas polaridades entre las que Iris oscila, como un péndulo. “Romper el cuerpo” supone destruir lo curvo, lo voluptuoso, lo femenino, y se asocia con aquella idea de purificación, de *limpiar* el cuerpo. La comida, que es asociada con *lo duro*, lo tangible, lo que transforma un cuerpo laxo en un cuerpo *voluptuoso, femenino*, implica *tragar, deglutir*, pervertir el cuerpo, transformarlo en algo que avergüenza. El acto de comer entonces tiene que ser vislumbrado como un calidoscopio, donde cada imagen o figura asociada puede descomponerse y dar lugar a numerosos significados. La abulia, la anorexia y la bulimia parecen cobrar sentido desde el *mito de la purificación*, en tanto constituyen ceremonias que, a un mismo tiempo, enmarcan el sufrimiento y lo vuelven señal de *liberación y de ascenso*¹³.

Tras el descenso al inframundo, la salvación, en un sentido espiritual, no será otra cosa que la búsqueda de *pilares, de límites claros*; un mundo simple, de horizontes compartidos. Esta búsqueda no es, como podría pensarse, un descenso en el sentido de caída. Antes bien, significará bajar al nivel de lo humano, “sentir los pies”, “caminar con pasos firmes”, “conectar con el propio cuerpo”, con los sentimientos profundos y habitar el tiempo y el espacio como presencia, desde la propia existencia, de un modo que es personal, único.

5. Comentarios finales

En los casos analizados, los síntomas de trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia así como la presencia de fantasías y de conductas autolesivas, parecen surgir como parte de un trasfondo de significados personales que exceden cualquier explicación que pudiera atender a estos trastornos como resultado de una obsesión por el cuerpo, la búsqueda de una estética particular o el intento del enfermo por adecuarse a un *ideal* social como la moda. Curiosamente, en los relatos de las tres entrevistadas, reconocemos vivencias corporales y expresiones que permiten componer un sistema de categorías vitales esenciales a partir del cual el mundo vital es reconfigurado. Los cambios en los patrones de alimentación, junto con las fantasías y comportamientos de autoagresión aparecen entonces como un culto, un ritual mediante el cual se intenta “romper el propio cuerpo”, desinflarse, vaciarse, liberarse, sacar lo purulento, lo que avergüenza y lo que hace sentir culpa; es entonces un intento por deshacerse de lo incompleto, de la imposibilidad, de la falta y la ausencia; un intento por contrarrestar la soledad, la distancia. Pero es también luchar contra lo estanco, contra el tiempo detenido; es defenderse del amontonamiento, de esas fichas que “caen todas a la vez” y que representan desorganización, falta de límites y jerarquías. Las vivencias de lo estanco, la desolación, la falta de hogar y el espacio caótico se condensan en la metáfora de la ausencia de pilares, de estructura y de sostén, que se asocian con “la falta de aire”, con el *no-lugar*. La búsqueda se orienta entonces hacia un mundo configurado a partir de vivencias que remiten a lo puro, lo claro y luminoso; lo vacío y celestial; lo fantástico. En síntesis, son nociones que refieren, todas, a un mundo ideal. Nótese al respecto, que el término *ideal*, proviene del griego: *eidōs* (la raíz indoeuropea del término es *wid-es*). Con esta expresión, los griegos denotaban el arquetipo, aquellas cualidades esenciales a las cosas, cualidades que estarían más allá de la *sustancia* que las *instancia*. El *eidōs* sería lo más propio, lo más intrínseco a la naturaleza profunda de cada ser. Obsérvese dicho sea de paso, que los términos *eidōs* y *wid-es* también constituyen la raíz de expresiones que refieren al sentido de la vista (como *video*), a ver y ser visto.

Las fantasías y conductas autolesivas, por su parte, parecen constituir un medio para esta aspiración suprema. La autoagresión, el hambre, el vaciamiento y el daño autoproducido, son modos de proyectarse y afirmarse a sí mismo que implican purgarse, purificarse,

¹³ Esta, sin embargo, puede ser una forma de ascenso que conduce a la soledad, a la exaltación en el sentido fenomenológico del que habla Binswanger (1956).

limpiarse y superarse. Supone ser capaz de sostenerse en una férrea voluntad, aún a costa de la propia vida; es estar autorientado a partir de un ideal que es *liberador* y que organiza un modo de vivenciar, de ser y estar en el mundo (o incluso, más allá de él). No puede pasársenos por alto, aquí, la aparente cercanía entre estas imágenes y ciertas búsquedas espirituales mediante el martirologio, que en muchos casos se vinculó, a lo largo de la historia, con conductas como la anorexia y el autoflagelo. Los vínculos entre esta clase de trastornos en el presente y el pasado merecerían, según creemos, ser estudiados en profundidad. En tal sentido, nuestros primeros acercamientos al análisis de algunos casos históricos nos sugieren, que las experiencias místicas y religiosas pueden, al menos en algunos casos, hallarse acompañadas de preocupaciones, fantasías y conductas de autoexpiación, así como de alteraciones en los hábitos alimenticios, que presentan una sospechosa cercanía con los casos que aquí hemos analizado. Esto no ha de sorprendernos si atendemos a lo que ya hace mucho dijera Binswanger cuando señalaba que existen estructuras apriorísticas, modos arquetípicos que condicionan nuestro ser en el mundo; hablamos aquí de una dirección general de significación, de carácter primitivo, (como el modo en que vivimos el tiempo y el espacio) que estructura nuestros modos de experimentar el cuerpo que, además, organiza nuestras sensaciones, sentimientos y emociones e, inclusive, nuestros pensamientos. *Caer y elevarse, contaminarse y purificarse, encadenarse o liberarse*, parecen ser nociones que componen, al menos en algunas personas, un sistema de categorías existenciales profundas. Es por ello que podemos hablar, por poner un ejemplo, de una torre alta y de una baja, pero también, dice Binswanger, de un sonido alto y de uno bajo, de una moral alta y de una baja, de un estado de ánimo alto y uno bajo. “No se trata en modo alguno de transferencias lingüística de alguna de estas esferas a la otra- dice- sino más bien de una dirección general que se divide en las diversas esferas regionales” (1961: 68). A lo que alude aquí Binswanger, pensamos, es a aquellos elementos últimos que determinan nuestro sentimiento de orientación vital: aquellas vivencias básicas que se asientan en nuestras vivencias del cuerpo y que determinan las coordenadas mediante las cuales ordenamos nuestra biografía y nuestro mundo vital.

Agradecimientos: Este trabajo fue realizado con el soporte financiero de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (SECyT-UNC).

Referencias

- Aisenson Kogan, A. (1981). *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Binswanger, L. (1956). *Tres formas de la existencia frustrada*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Binswanger, L. (1961). *Artículos y conferencias*. Madrid: Editorial Gredos, S.A.
- Dörr-Zegers, O. (1971). Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 10, 17-39.
- Dörr-Zegers O. (1995). *Psiquiatría Antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria Ariadna
- Duero, D. G. (2010). Coherencia y composición en el relato autobiográfico: estrategias para su análisis e implicancias para la psicoterapia. *Revista CES Psicología. Colombia. Volumen 3 (2)*, 18-47.
- Duero, D.G. & Limón Arce, G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: un modelo de análisis narrativo. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2, 232-275.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Gergen, K. (1982). *Toward transformation in Social Knowledge*. New York: Springer- Verlag.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones*. México: Editorial Paidós.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kelly, G (1955). *Psicología de los Constructos Personales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Merleau Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona: Ediciones Península.
- Ratcliffe, M. (2008). *Fellings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. New York: Oxford University Press.
- Spiegelberg, H. (1986). “*Phenomenology in Psychology and Psychiatry. A historical introduction*”. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Soru, F. & Duero, D. (en prensa). Experiencias corporales y sentimiento de orientación vital: una aproximación fenomenológica y narrativa. *Revista Pensando Psicología*.
- Soru, F., Carreras, X, Boris, L. & Duero, D. (2011). Vivencias corporales y sentimiento de orientación vital: el disciplinamiento del cuerpo y la estructuración de la experiencia vivida en una persona dedicada profesionalmente a la danza y el teatro. *Revista Latinoamericana de Psicología Existencial*, 1, 25-28
- Tellenbach, H. (1976). *La Melancolía*. Madrid: Editorial Morata.
- Villamil Pineda, M.A. (2005). Fenomenología del Cuerpo Humano. *Cuadernos de filosofía latinoamericana*, 26, 7-27.