

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Límites y alcances de los dispositivos de atención para anorexia, bulimia y obesidad: psicoanálisis, interdisciplina y marco legal.

Abinzano, Rodrigo.

Cita:

Abinzano, Rodrigo (2022). *Límites y alcances de los dispositivos de atención para anorexia, bulimia y obesidad: psicoanálisis, interdisciplina y marco legal*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/366>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/q85>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LÍMITES Y ALCANCES DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PARA ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD: PSICOANÁLISIS, INTERDISCIPLINA Y MARCO LEGAL

Abinzano, Rodrigo

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo se abordan críticamente los límites y alcances de una serie de dispositivos de atención para anorexia, bulimia y obesidad en sus vertientes clínica, interdisciplinaria y legal. Estas presentaciones sintomáticas han sido catalogadas como una población vulnerable dentro del campo de la salud mental por sus altos índices de morbilidad y mortalidad. Por dicho motivo, se hace necesario conformar y diseñar dispositivos de atención que contemplen la problemática en su complejidad, así como también evaluar los efectos y resultados de los diversos tratamientos. Este último punto no debe desconocer la pluralidad de marcos teóricos que abordan estas problemáticas. Interrogar la función y el lugar del analista en dichos equipos interdisciplinarios opera como el principio ético principal de este escrito, ya que su inserción se da en un campo determinado, así como en condiciones específicas. En primer término, se delimitaron ciertas problemáticas y coordenadas contextuales de los dispositivos disponibles, para, en segundo lugar, delimitar específicamente la noción de dispositivo. Posteriormente, se localizó la función y lugar para el analista en dichos espacios, con las características que le son propias, tanto en términos de posicionamiento como de efectos posibles por su participación.

Palabras clave

Anorexia bulimia obesidad - Interdisciplina - Dispositivo psicoanálisis - Riesgo

ABSTRACT

LIMITS AND SCOPE OF CARE DEVICES FOR ANOREXIA, BULIMIA AND OBESITY: PSYCHOANALYSIS, INTERDISCIPLINE AND LEGAL FRAMEWORK

In the present work, the limits and scope of a series of care devices for anorexia, bulimia and obesity are critically addressed in their clinical, interdisciplinary and legal aspects. These symptomatic presentations have been classified as a vulnerable population within the field of mental health due to their high rates of morbidity and mortality. For this reason, it is necessary to form and design care devices that contemplate the problem in its complexity, as well as evaluate the effects and results of the various treatments. This last point should not ignore the plu-

rality of theoretical frameworks that address these problems. Questioning the function and place of the analyst in these interdisciplinary teams operates as the main ethical principle of this paper, since his insertion occurs in a certain field, as well as in specific conditions. In the first place, certain problems and contextual coordinates of the available devices were delimited, to secondly specifically delimit the notion of device. Subsequently, the function and place for the analyst in these spaces was located, with the characteristics that are their own, both in terms of positioning and possible effects of their participation.

Keywords

Anorexia bulimia obesity - Device psychoanalysis - Interdisciplinary - Risk

I. Interrogantes de apertura a los límites y alcances de los dispositivos de atención de los llamados “desórdenes o trastornos alimentarios”

El 13 de agosto de 2008 fue sancionada en la República Argentina la Ley 26.396 de “Prevención y Control de los Trastornos alimentarios” y dos años después la “Ley Nacional de Salud Mental” (26.657). A partir de entonces, ambas conforman lo esencial del marco legal en el que se inscriben en nuestro país las modalidades y deberes de los profesionales que deban tratar toda sintomatología agrupada en la esfera de los llamados “trastornos alimentarios”. Cabe recordar que el primer artículo de la Ley 26.396 declara el interés por la prevención, control, delimitación de los agentes causales, diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios desde una perspectiva integral. Desde el comienzo tenemos una pluralidad de disciplinas y discursos que abordarán las problemáticas en cuestión desde la pertinencia de su intervención. Este es un punto importante: poder delimitar la injerencia y el marco de acción que tendrá cada integrante del equipo interdisciplinario en los tratamientos. El artículo cuarto de la ley mencionada enfatiza en la necesidad de que en cada una de las jurisdicciones de su injerencia funcione al menos un centro especializado en trastornos alimentarios. Como la Ley 26.396 es de alcance nacional y nuestro país está dividido en 24 jurisdicciones, 23 provincias y un distrito federal, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al menos deberían existir 24 centros especializados distribuidos en todo el territorio. Si

bien la Ley fue sancionada hace casi quince años, cabe señalar que a dicha necesidad no se ha podido responder efectivamente: hay provincias que tienen más de un centro especializado y otras que no cuentan con ninguno. Más allá de que este punto debe contemplar una pluralidad de variables que implican tanto políticas de salud nacionales como provinciales -y su desarrollo excedería en gran medida las intenciones de este trabajo-, queremos detenernos sucintamente en parte de la conformación del sistema y la red que tiene el distrito federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). [i]

En este sentido, contamos en la red de derivación del sistema público de CABA con diversos dispositivos específicos, localizados en efectores heterogéneos (centros de salud, hospitales monovalentes u hospitales generales). Por ejemplo, con modalidad de hospitales de día funciona un servicio en el hospital José T. Borda; de atención ambulatoria por consultorios externos está el del Centro de Salud n°3 Arturo Ameghino; también hay dispositivos que cuentan con atención ambulatoria y con internación, como el del hospital Carlos G. Durán. Tomamos estos tres ejemplos porque relevan tres modalidades de atención distintas, con sus límites y alcances. Cabe señalar que también es habitual encontrar en un efector un servicio de adolescencia que trabaje con este tipo de presentaciones sin ser estrictamente un “centro especializado” como exige la ley o, algún profesional (psicólogo, nutricionista o psiquiatra) que esté formado y tenga experiencia en esta casuística pero que no forme parte de un equipo interdisciplinario. A su vez, hay hospitales o centros de salud que reciben, con determinada frecuencia por semana, pedidos de tratamientos de pacientes que padecen de algún trastorno alimentario, aunque los profesionales formen parte de servicios diversos. Este sucinto relevamiento de cierto estado de situación tiene como propósito dar cuenta la complejidad del campo de abordaje, así como de los diversos modos de respuesta frente a la necesidad de atención de un paciente que padece por estos síntomas.

En este sentido, el sistema de salud de nuestro país refleja una dificultad que tiene alcance mundial. Como concluyen Zeeck *et al.* en su relevamiento general de los tratamientos de desórdenes alimentarios existentes en la actualidad, ningún tratamiento se presenta con una gran diferencia de eficacia y efectividad por sobre los otros, y el principal problema es “los factores de mantenimiento de los síntomas” (2018). En este punto se incluyen todas las investigaciones cuyo afán es encontrar “el gen” o “el neurotransmisor” que permita explicar alguno de los trastornos alimentarios, dejando totalmente a la deriva las estrategias para poder tratarlos. El mejor ejemplo de ello es la investigación de Boraska *et al.* (2014) donde se reunieron universidades, institutos de investigación y hospitales de más de sesenta países con el fin de buscar el genoma total de la anorexia nerviosa. Sus resultados arrojaron que la investigación biológica sigue siendo insuficiente y los abordajes débiles. No es casual el dato de que el psicoanálisis estaba excluido en ambas investigaciones.

Como nuestro sistema de salud cuenta con la característica de que en muchos de sus servicios hay psicoanalistas, la pregunta principal que se presenta es por el diferencial que tiene dicha característica y por la serie de interrogantes que abre: ¿Cómo se inserta el analista en el sistema y en la conformación interdisciplinaria? ¿Cuáles son los límites de los dispositivos que habita? ¿Cuáles es su función? Y principalmente ¿Qué posibilidades para la escucha analítica del padecimiento dentro de alguno de los dispositivos cuanto es necesaria la perentoria atención de otro tipo de síntomas? Para intentar responder a dichos interrogantes, comenzaremos delimitando el término dispositivo.

II. Dispositivos

La noción de “dispositivo” fue presentada por Foucault (1977) y posteriormente ampliada por Deleuze (1988) y Agamben (2005). En la obra foucaultiana este término introduce un viraje epistemológico importante, en tanto viene a relevar a la noción de “episteme” que había vertebrado gran parte de sus investigaciones (especialmente las llamadas “arqueológicas”) [ii]. El dispositivo se presenta entonces como “un término técnico decisivo en la estrategia del pensamiento de Foucault.” (Agamben, 2005, p. 95).

La presentación de dicha noción en el primer volumen de “Historia de la sexualidad” (1976, p. 75 y ss.) para hablar del “dispositivo de la sexualidad”, encuentra en una entrevista realizada poco tiempo después, una definición esclarecedora y punto de referencia al momento de abordar qué entendemos por dispositivo. Nos referimos a la entrevista que el comité editorial de la revista *Ornicar?* hizo al filósofo luego de publicado el libro mencionado. En el comienzo de dicho encuentro, Foucault refiere:

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre esos elementos. (1977, p. 10)

En lo que hace al interés de nuestro trabajo, poder delimitar un dispositivo que incluya al analista y pueda ser también contemplado como un dispositivo analítico, cabe destacar que el término “dispositivo analítico” no es mencionado en la enseñanza de Lacan (Peusner, 2010, p. 21). Por ende, esto implica una extrapolación del término desde otro campo de saber con motivo de circunscribir su pertinencia y particularidad en el psicoanálisis. Retomando la definición expuesta más arriba es posible interrogar sus elementos en vías de contemplar un dispositivo analítico para la anorexia, bulimia y obesidad.

En primer lugar, el autor hace mención a un “conjunto heterogéneo”, comprendido por diversos “discursos”, “instituciones”

e “instalaciones arquitectónicas”. Estos son todos elementos mencionados en el apartado anterior: el tejido interdisciplinario implica una diversidad de “discursos” (tanto médico, nutricional, psicológico como los específicos de la teoría lacaniana: discurso del amo, universitario, histérico y analítico) e “instalaciones arquitectónicas”, con dispositivos que tienen características distintas en su accesibilidad, su conformación, sus elementos y sus necesidades. Tomamos previamente el ejemplo entre la diferencia de los dispositivos de atención ambulatoria y los de internación. Cabe agregar también aquí las experiencias grupales, utilizadas por los analistas italianos (Cosenza, 2000; Recalcati, 2007)[iii] así como el uso del acompañamiento terapéutico como un agente del dispositivo.

Posteriormente en el listado figuran “decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas”, puntos también mencionados. Las leyes que regulan y arbitran la práctica profesional, así como también los basamentos científicos (marcos teóricos, perspectivas, paradigmas) y las distintas proposiciones filosóficas o morales. Esta es una coordenada que reviste especial importancia, ya que dentro del dispositivo pueden cohabitar agentes cuyas posiciones difieran en lo que conciben como basamento científico o proposiciones filosóficas o morales y se presenta como una pregunta recurrente si el trabajo interdisciplinario e interdiscursivo es posible con dicha particularidad. Es necesario construir un lenguaje aproximativo para el trabajo con otros que no pertenecen a la propia disciplina, siempre teniendo presente aquella característica que Deleuze destaca del dispositivo, que es el “repudio a lo universal” (1988, p. 63), ya que lo universal no permite que suceda ningún tipo de transformación dentro del dispositivo.

Finalmente, refiere Foucault “los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre esos elementos.” El dispositivo es lo que aloja esos elementos heterogéneos que contemplan el plano de lo dicho como de lo no dicho. Podemos agregar a este punto que nuestro dispositivo debe alojar en dicha red la extrañeza propia del síntoma, ese “huésped mal recibido” (Freud, 1905, p. 39) y cuyo responsable de asignar dicha entidad al síntoma es el analista. Esta característica está en consonancia con lo señalado por Deleuze, de que “lo verdadero, el objeto y el sujeto no son universales, sino que son procesos singulares” (1988, p. 64). Dicha singularidad debe contemplar el asentamiento del síntoma en su relación con la estructura, dando lugar a la lógica de singular, particular, singular (Lombardi, 2009). De este modo el síntoma, tanto en su versión como “goce revestido que se basta a sí mismo” (Lacan, 1962-1963, p. 139) así como “campo de lo analizable” (Lacan, 1957-1958, p. 332) marcan la diferencia esencial con otro tipo de enfoques: el síntoma tiene una función y su tratamiento cuenta con la hipótesis del sujeto y con la causalidad del inconsciente. Entonces... ¿Cómo hacer que el síntoma devenga analizable ante un pedido que involucra

una pluralidad de discursos que no se rigen por la misma lógica? También aquí la variable diferencial es el analista.

III. El analista en el equipo interdisciplinario

Uno de los datos que la experiencia nos devuelve con este tipo de presentaciones es el uso, a veces radicalizado, de la propia desaparición para convocar al Otro. Encarnan, en sus distintas versiones, aquella pregunta que Lacan evocó en *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* como ¿Puedes perderme? (1964, p. 222). En la elaboración lacaniana la anorexia hace de paradigma de dicha pregunta, pero también se puede ampliar su espectro de alcance para la bulimia o la obesidad. Esta particularidad ya había sido delimitada por C. Lasègue (1990-1991), quien advertía sobre el riesgo de establecer un pronóstico apresurado y de prometer una pronta curación al consultante. El clínico debe en dicha instancia “suspender su juicio” y darle al estado mórbido el tiempo necesario para ser interrogado. Esto no implica desatender coordenadas que puedan exigir una atención inmediata, pero al mismo tiempo tampoco debe apresurar al clínico a pronunciarse ante un campo que todavía necesita de cierta depuración e indagación.

Tomando el ejemplo de la anorexia, Freud (1904; 1905a) había aconsejado a los analistas dejar en manos de un colega no analista la perentoria atención que puedan necesitar ciertos síntomas de la esfera orgánica. En un sentido descriptivo, el conjunto que conforman este tipo de presentaciones puede requerir, dependiendo de las coordenadas de cada caso, de una internación clínico-nutricional o de una internación psiquiátrica. Por supuesto que esto será contemplado en cada caso puntual, pero muchas veces el discurso del amo permite reordenar determinado escenario para poder volver a apostar a un tratamiento distinto. Como toda intervención, debe orientarse desde una posición ética y no moral.

Estas particularidades que pueda tener una situación de riesgo para la vida, muchas veces se presentan como fecundas para la posibilidad de una rectificación subjetiva. Lo que para uno de los discursos que interviene en el tratamiento puede significar un momento especialmente álgido del tratamiento, puede ofrecerle a otro una de las coordenadas cruciales para apostar a sus efectos. Por ello la clínica se dirige en detalles, en la escucha del padecimiento en su entramado de historia y estructura, entre el riesgo y el deseo. Es posible que ese sea el momento donde ingresa con toda su potencia la división realizada por Lacan en “Televisión” (1973) entre un cuerpo biológico y ese “otro cuerpo” arbitrado por el significante. Paradojalmente, en este momento de riesgo a nivel médico, se presenta una posibilidad de apostar a eso que en el “Proyecto de psicología” (1895) es llamado *Not des Lebens* y que Lacan sugirió traducir como “urgencia de la vida”. Un escenario aparentemente adverso para el analista necesita especialmente de su escucha e intervención. En consonancia con este último punto, señalamos previamente la necesidad de delimitar el campo de intervención de cada

agente que forma parte del equipo de atención. Winnicott ya advertía sobre la confusión en ello con la expresión “dispersión de los agentes responsables” (2015, p. 132). Un analista no tiene la función de pesar al paciente en una balanza y llevar con él un registro alimentario -a menos que escuche allí una deriva significante-, así como tampoco un médico clínico debe interpretar un sueño o un lapsus de un paciente si estos tuvieran lugar. Como el mismo Winnicott advertía, lo que sí deben tener en claro todos los tratantes es que ninguna estabilización o regulación a nivel de la ingesta implica la cura de los síntomas (1990, p. 257)[iv].

Consideramos necesario hacer mención, aunque sea de manera sucinta, al lugar que tienen los familiares y allegados (parientes, parejas, etc.) en la cura de los pacientes. Como Lacan señaló “la angustia en la oralidad está en el Otro” (1962-1963, p. 253) y por una cuestión de estructura es el Otro quien en muchas ocasiones “trae” a los pacientes a las consultas por “su” angustia. No se puede desatender dicha angustia ya que en la conformación simbólica en la que se inserta aquel que porta o encarna el síntoma tiene una importancia esencial el entramado desde donde advendrá el sujeto (asunto). Será por las modulaciones de dicha angustia que se podrá realizar un tratamiento de los síntomas. Ese Otro es al mismo tiempo motor y obstáculo, puede convertirse en un elemento que promueva la cura, así como también en su principal enemigo.

Comentarios finales

Los analistas que forman parte de equipos interdisciplinarios donde se trabaja con el padecimiento que aqueja a los sujetos con anorexia, bulimia y obesidad deben repensar la función y el lugar al que se los convoca. La apuesta necesaria a un diálogo con los otros agentes intervinientes debe respetar las particularidades de cada disciplina y el marco teórico desde donde parten los argumentos clínicos. El dispositivo, para el psicoanálisis, está estructurado como un lenguaje: no se rige por un universo de discurso que impida cualquier transformación y, por ende, habilita la heterogeneidad que le es inherente. El analista es quien puede abrir la dimensión de lo “otro corporal”, con el basamento de la causalidad del inconsciente. Esta particularidad es la única que hace que la oferta analítica sea diferente a la reeducación conductual o emocional, así como también del análisis y deslinde que implica, en la conformación del síntoma, la participación del sujeto. En este sentido, el saber y la locación preliminar que exige la puesta en forma del síntoma no debe perder de vista los efectos diferenciales que se obtienen de un tratamiento analítico de los síntomas.

NOTAS

[i]Especialmente porque el investigador trabaja e investiga hace años en dicha jurisdicción. Además de cierto saber proveniente del ejercicio mismo, tomamos gran parte de la información del Ministerio de Salud de CABA. Disponible en <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental>.

[ii] “Lo que querría hacer es tratar de mostrar que lo que llamo dispositivo es un caso mucho más general de la episteme” (Foucault, 1977, p. 13).

[iii] De conocimiento del investigador, el dispositivo que más se aproxima a los utilizados por los analistas italianos es el dispositivo grupal que funciona en el Departamento de cirugía bariátrica y metabólica del hospital Malvinas Argentinas, en Pablo Nogués, Provincia de Buenos Aires.

[iv] En este caso puntual, Winnicott hace mención a la anorexia y refiere: “el solo hecho de salvar físicamente la vida al niño no lo cura de la anorexia” (1990, p. 257).

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2005) *¿Qué es un dispositivo? ¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires: Simón dice editores, 2012, pp. 93-111.
- Boraska, V. et al. (2014) A genome-wide Association study of anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*.
- Cosenza, D. (2000) Tratamiento analítico de la anorexia-bulimia en una comunidad terapéutica: la experiencia de “La vela”. *Estudios de anorexia y bulimia (AAVV)*. Buenos Aires: Atuel, pp. 71-80.
- Deleuze, G. (1988) *¿Qué es un dispositivo? ¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires: Simón dice editores, 2012, pp. 57-72.
- Foucault, M. y otros (1977) El juego de Michel Foucault. *¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires: Simón dice editores, 2012, pp. 7-54.
- Foucault, M. (1977a) *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Vol. I. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.
- Freud, S. (1895) Proyecto de psicología. *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007, pp. 323-446.
- Freud, S. (1904) El método psicoanalítico de Freud. *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007, pp. 233-242.
- Freud, S. (1905) Fragmento de un caso de histeria (Dora). *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 1-108.
- Freud, S. (1905a) Sobre psicoterapia. *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007, pp. 243-258.
- Ley 26.396. Prevención y Control de Trastornos Alimentarios. Año 2008. Disponible en <https://www.diputados.gob.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=2074-D-2017>.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Lacan, J. (1957-1958) *El Seminario. Libro V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1962-1963) *El Seminario. Libro X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1964) *El Seminario. Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1973) Televisión. *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012, pp. 535-573.
- Lasègue, C. (1990-1991) La anorexia histérica. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, I (2). Buenos Aires: Polemos, pp. 58-64. Escrito original de 1873.
- Lombardi, G. (2009) Singular, particular, singular. La función del tipo clínico en psicoanálisis. *Singular, particular, singular*. Buenos Aires: JVE Editores, pp. 17-22.



- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental>.
- Peusner, P. (2010) *El dispositivo de presencia de padres y parientes en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*. Buenos Aires: Letra viva.
- Recalcati, M. (2007) *Lo homogéneo y su reverso. Clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia en el pequeño grupo monosintomático*. Málaga: Moreno Gómez ediciones.
- Winnicott, D. (1990) *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. Buenos Aires: Paidós. Cartas escritas entre 1919-1969.
- Winnicott, D. (2015) El trastorno psicósomático. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, pp. 130-148. Escrito original de 1964.
- Zeeck, A. et al. (2018) Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 1(9), art. 158, pp. 1-14.