

Perspectivas clínicas y políticas de los trastornos de la conducta alimentaria en la República Argentina.

Reflexiones sobre la Ley 26.396 a más de quince años de su sanción

Clinical and policy perspectives on eating disorders in Argentina.

Reflections on Law 26.396 more than fifteen years after its enactment

Abínzano, Rodrigo Valentín¹ y López Giacoia, María Silvina²

RESUMEN

El presente trabajo repasa sobre algunos de los alcances y pendientes de la Ley Nacional 26.396 (Ley de prevención y control de los trastornos alimentarios) a más de quince años de su sanción. Ya que entendemos que es esencial para el psicólogo clínico conocer el marco normativo que regula su práctica, poder estar al tanto de los avances que ha tenido esta Ley, así como también sus limitaciones, genera una perspectiva posible para continuar investigando sobre otro tipo de aplicaciones correlativas a las que todavía están pendientes. En ese sentido, también es necesario relevar la heterogeneidad de dispositivos con los que se alojan los pedidos de tratamiento, dando cuenta las particularidades de cada uno. Anorexia, bulimia y obesidad son nombres de modalidades del padecimiento que abren a una gama de presentaciones cada vez más amplia y que sin un marco normativo efectivo no cuentan con los elementos necesarios para poder llevar tratamientos efectivos adelante. Las conclusiones a las que arribamos cotejan también las líneas de trabajo ulteriores.

Palabras clave: Anorexia, Bulimia, Obesidad, Marco legal, Prevención, Protección

ABSTRACT

This paper examines some of the scope and pending issues of National Law 26.396 (Law on the Prevention and Control of Eating Disorders), more than fifteen years after its enactment. Since we understand that it is essential for clinical psychologists to understand the regulatory framework that governs their practice, being aware of the progress this law has made, as well as its limitations, creates a potential perspective for continuing research into other types of applications related to those still pending. In this sense, it is also necessary to highlight the heterogeneity of mechanisms used to process treatment requests, taking into account the specificities of each. Anorexia, bulimia, and obesity are names for forms of the disorder that open up an increasingly wide range of presentations and that, without an effective regulatory framework, lack the necessary elements

to implement effective treatments. The conclusions we reach also inform future lines of work.

Key words: Anorexia, Bulimia, Obesity, Legal framework, Prevention, Protection

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciado y Doctor en Psicología. Magíster en Psicoanálisis, UBA.

Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de grado y posgrado. Facultad de Psicología, UBA. Autor de los libros *Lecturas freudianas de la anorexia mental* (2018), *Del alimento a la pulsión. Genealogía de la anorexia lacaniana* (2021), *Pasión por la nada. La anorexia en la enseñanza de Lacan* (2022), *El Otro cuerpo de la anorexia. De los laberintos de espejos al síntoma* (2025) y co-autor junto a Mauro Amor y Sofía Blank de *Un retorno a los cuatro discursos. La clínica de los lazos sociales en El reverso del psicoanálisis* (2024). Buenos Aires, Argentina
E-mail: abinzanopsi@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada y Maestranda en Psicoanálisis, UBA.

Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de grado y posgrado. Facultad de Psicología, UBA. Autora de diversos artículos y capítulos vinculados a la clínica psicoanalítica y los desórdenes alimentarios. Buenos Aires, Argentina
E-mail: lic.silvinapsico@gmail.com

Introducción: sanción de la Ley Nacional 26.396

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 tienen como deber abordar las problemáticas en cuestión desde la pertinencia de su intervención. Esta es una coordenada 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 funcione al menos un centro especializado en trastornos alimentarios. Como la Ley 26.396 es de alcance nacional y nuestro país está dividido en veinticuatro jurisdicciones, veintitrés provincias y un distrito federal, la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires, deberían existir al menos veinticuatro centros especializados distribuidos en todo el territorio argentino. Si bien la Ley fue sancionada hace más de quince años, es necesario destacar 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).¹ En gran medida dicha demanda se encuentra amortiguada o por lo el traslado del paciente a CABA (por ser el lugar donde se concentran la mayor cantidad de efectores) o por la diversa oferta de clínicas privadas especializadas (o no) en la temática. Estos puntos han sido señalados previamente (Abíznano, R. 2022) y son retomados aquí a los fines de este trabajo.

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, 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 –inclusive en centros de atención de salud u hospitales donde no predomina la orientación psicoanalítica–, 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, primero realizamos una

comparación con normativas vigentes similares en otros países de América del Sur y luego delimitamos el término dispositivo en su relación con el marco teórico psicoanalítico.

Abordaje legal de la problemática de los desórdenes alimentarios en otros países de América Latina

Como mencionamos en la introducción, la Ley 26396 fue la primera ley en la región en ocuparse de la prevención y control de los desórdenes o trastornos alimenticios. Dos meses después de su sanción fue oficializada una Ley en México sobre dicha temática en 2008. La misma inclusive tuvo una primera reforma en 2016.

Luego de las dos mencionadas, en el año 2011 Brasil sancionó la Ley (ordenanza) n° 2715 donde se propone una política nacional de alimentación y nutrición, senda que continuaron dentro de los países de la región Perú en el año 2013 con la sanción de la Ley 30021 y Paraguay en el 2016 con la Ley 4959. Luego de estos cinco países en 2021 Colombia también instauró una política nacional para el abordaje de los desórdenes alimentarios, con el fin de fomentar entornos saludables para prevenir problemáticas vinculadas al campo de los desórdenes alimentarios y nutricionales.

Con la excepción de Chile, donde se presentó un proyecto de Ley, el resto de los países de la región (Ecuador, Bolivia y Venezuela y Uruguay) no tienen una Ley nacional que contemple esta

problemática.

Poder hacer un abordaje en profundidad de las particularidades que tiene cada una de estas leyes excedería la extensión e intención de este trabajo, pero no queríamos dejar de señalar la importancia de que Argentina fue el primer país de la región que consideró relevante tener una Ley que permita diagramar y diseñar políticas de salud en torno de los trastornos alimentarios y que lo llevó adelante.

Modalidades y dispositivos de intervención

Luego de relevar las principales características de la Ley 26396 así como de las Leyes homólogas en otros países, en este apartado abordamos la noción de dispositivo, ya que consideramos que los diversos operadores desde los que se aplican los estatutos de la Ley tienen, más allá de la prevención y el control, una necesidad del abordaje clínico y terapéutico, con la particularidad mencionada previamente con respecto al lugar del psicoanálisis dentro de nuestro sistema de salud.

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”)². 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 se da en el primer volumen de “Historia de la sexualidad” (1976, p. 75 y ss.) para hablar del “dispositivo de la sexualidad”. Poco tiempo después, encontramos una definición esclarecedora sobre el dispositivo en una entrevista que el comité editorial de la revista *Ornicar?* realizó al filósofo. 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 y ss.). 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 indagar sus elementos en vías de contemplar posibles dispositivos para el tratamiento de las anorexias, bulimias y obesidades.

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 “instituciones 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)³ 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. Esto genera una tensión con el alcance de una normativa que sí tiene en cuenta lo universal, donde se localiza el vaivén entre el marco legal y la práctica clínica propiamente dicha.

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, “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; alojando la hipótesis del estatuto de saber al que apunta el psicoanálisis, saber no sabido/ sujeto dividido en detrimento de una “unidad” al pensar el discurso; lo que repercute en la lectura del síntoma, la apuesta al sujeto del inconsciente y un tipo de verdad-causa a la que se apuesta.

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.

El rol del psicólogo (y del 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, para lo que puede iniciar el campo de derivación e interconsulta con los otros agentes del dispositivo de salud previamente mencionados; 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, 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 dirime 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 significativa–, 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)⁴.

En ese sentido, como refiere Lacan en el *Seminario 8* (1960-1961) hay que tomar en cuenta “la posición excéntrica del deseo en el hombre, que es desde siempre la paradoja de la ética (1960-1961, p. 117). Esto nos aleja de la orientación de pensar una “adaptación” en la cura, ubicándonos en las antípodas de las ideas de la evolución, ya que la política del psicoanálisis al pensar el cuerpo es una política de la pulsión: marca del lenguaje en el cuerpo a la que accedemos por la vía del sujeto. Como refiere Muñoz (2018), el psicoanálisis toma un tiempo con valor significativo, motivo por el que marca una distancia respecto a tener exclusivamente en

cuenta la “necesidad” para abordar al síntoma y al paciente. La lógica de la “rehabilitación alimentaria del cuerpo” entraría en línea con volver a un estado anterior o rehabilitar las necesidades que estarían perturbadas en lo alimentario, algo así como detener la compulsión, volver a alimentar la desnutrición del cuerpo o reducir la ingesta del cuerpo excedido. Donde la especificidad de la clínica “bajo transferencia, no sin Otro” (Muñoz, 2018) es la que marca la originalidad de la intervención del psicoanalista, una apuesta por la asunción de la historia por parte del sujeto.

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.

El problema político y clínico de la obesidad

En este apartado abordamos el problema político y clínico de la obesidad, ya que si bien tiene su lugar dentro de las problemáticas nutricionales no tiene el mismo estatuto en lo que hace a cuestiones de salud mental. Como lo destaca Devlin en su famoso *paper* (2007), la obesidad no está contemplada en el marco de los padecimientos mentales. A pesar de que son evidentes los factores psicológicos que inciden en su causa y sostenimiento, la modalidad por la que se delimita la obesidad sigue siendo netamente nutricional y vinculada al índice de masa corporal (BMI).

En lo que hace al marco teórico psicoanalítico, es menester señalar un problema conceptual delimitado por Cosenza (2014, p. 77): el nivel pre-epistémico en el que se encuentra la obesidad en el psicoanálisis lacaniano. Si bien, como señalamos, para los manuales diagnósticos de salud mental la obesidad no es considerada ni un trastorno psiquiátrico ni psicológico, otros marcos teóricos han escrito e investigado en gran extensión la obesidad; no es el caso del psicoanálisis lacaniano, donde contamos con algunas reflexiones aisladas pero no una apuesta conjunta en vías de cernir con la rigurosidad que se ha logrado para presentaciones como la anorexia y la bulimia. No sería correcto hacer referencia a un concepto de obesidad propio del psicoanálisis lacaniano e inclusive consideramos que primero debe tener lugar la pregunta

por la pertinencia de precisar de uno y, en el caso responder afirmativamente, delimitar las coordenadas del mismo.

Localizada esta primer coordenada –y siguiendo lo expuesto por Cosenza–, desde el psicoanálisis se ha enfatizado en la dificultad del paciente obeso de posicionarse como analizante. Por ello se ha hipotetizado el lugar del psicoanálisis “en” la obesidad (Zukerfeld, 2011, p. 8)⁵, la “función” del psicoanálisis en la clínica de la obesidad (Cosenza, 2014, p. 77) y un “más allá” de un psicoanálisis aplicado a la obesidad (Soria, 2001, p. 147). Cabe agregar que más allá de las complicaciones a nivel conceptual, los analistas no han retrocedido ante la clínica de la obesidad.

En tercer lugar, debemos reparar en la localización del síntoma en contraposición a la perentoriedad terapéutica. A pesar de que la presentación de la obesidad se da en el plano de la evidencia (Recalcati, 2008), no por ello queda excluida de lo afirmado por Lacan en “Psicoanálisis y medicina”: “hay enfermos que vienen a que le certifiquen su condición de enfermos” (1966, p. 91). Podemos utilizar como ejemplo a Emma Fleet, la protagonista del cuento de Ray Bradbury “La mujer ilustrada” (2014), quien se presenta a la consulta de su psiquiatra con 200 kilos diciéndole que necesitaba subir unos 50 o 100 más. Este punto es esencial a la hora de determinar coordenadas como el motivo de consulta, el pedido y la demanda, siendo esta última una construcción en el proceder analítico

mismo. La presentación no tiene que llevarnos a ningún tipo de comprensión apresurada y al mismo tiempo debe tener en cuenta que probablemente el discurso analítico no será el único en abordar el padecimiento de quien consulta.

También cabe agregar que la obesidad atestigua un padecimiento del tiempo. Algunos autores (Roth, 1999, pp. 149-154) han delimitado coordinadas diferenciales entre bulimia y obesidad desde esta variable. La principal diferencia entre ambas se presenta entre el encuentro y el tiempo vinculados al objeto: mientras la bulimia testimonia la ruptura y el circuito entre lo lleno y lo vacío, la obesidad va rodeando lentamente el objeto sin necesariamente tener una conducta impulsiva. Dicho de otro modo: el atracón bulímico es ciego, cualquier objeto puede ser parte del mismo pero no podemos afirmar lo mismo para el proceder del obeso, ya que en este caso el alimento es seleccionado, trabajado y cocinado, sujeto a otra secuencia temporal. En la escena litúrgica que presenta el individuo obeso no tiene lugar el atracón bulímico.

Cabe destacar que es fundamental poder pensar la obesidad en relación a la depresión y sus múltiples articulaciones. Se presenta en estos pacientes un circuito de alternancia entre la hiperalimentación (hiperfagia) y la depresión (Cosenza, 2019, p. 46). Esto en cierta medida da cuenta de la reclusión social de estos pacientes, también cotejada como una quita de libido al mundo exterior. Muchas veces

se deja de lado el factor depresivo en juego por la excesiva demanda clínica (en un sentido médico) que presentan estos pacientes. Este factor, que implica también la articulación con lo mental de la obesidad, da cuenta de la importancia del apoyo terapéutico necesario.

Comentarios finales

La Ley 26396 cuenta con más de quince años de implementación. En este trabajo relevamos con el fin de repensar muchos de sus alcances y también de sus limitaciones. En ese sentido, queda mucho trabajo por hacer para todos los profesionales que intervienen con esta población a los fines de poder plasmar los estatutos legales que hacen a una ley de prevención y control de los desórdenes alimentarios.

Como nuestro sistema cuenta con la particularidad de que la gran mayoría de los psicólogos que trabajan en los servicios o efectores especializados sostienen su práctica desde el marco teórico psicoanalítico, es pertinente poder localizar su incidencia y particularidad en el equipo interdisciplinario. Los analistas que forman parte de dichos equipos, 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. Al mismo tiempo, también es necesario cotejar las particularidades de cada dispositivo de intervención, ya que es a través de ellos que se plasman los estatutos clínicos del marco normativo.

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. Como mencionamos, 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.

Por una cuestión estratégica en términos territoriales, la mayor deuda desde la implementación de la Ley hasta el día de hoy sea la mínima disponibilidad de efectores especializados descentralizados en todo el territorio nacional. Esto debe impulsar políticas nacionales, provinciales y municipales a los fines de poder satisfacer la demanda de tantos agentes del sistema de salud que, o tienen que recurrir a la esfera privada o deben trasladarse a la capital o alguno de los grandes centros urbanos para poder recibir atención. Dicha dificultad muestra las limitaciones

en términos de acceso a lo que la ley promueve. Esperamos que este trabajo pueda en cierta medida permitir repensar dichas cuestiones.

Referencias bibliográficas

- Abíznano, R. (2022). Límites y alcances de los dispositivos de atención para anorexia, bulimia y obesidad: psicoanálisis, interdisciplina y marco legal. *Memorias del 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.
- 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*.
- Bradbury, R. (2014). La mujer ilustrada. Las maquinarias de la alegría. Disponible en <https://cerradopormelancolia.wordpress.com/2016/01/29/la-mujer-ilustrada-ray-bradbury/>.
- Cosenza, D. (2019) La comida y en inconsciente. Psicoanálisis y trastornos alimentarios. Tres Haches. Buenos Aires, Argentina.
- 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.
- Cosenza, D. (2014). *Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, la bulimia y la obesidad*. Buenos Aires: Grama, 2014.
- Deleuze, G. (1988). ¿Qué es un dispositivo? *¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires: Simón dice editores, 2012, pp. 57-72.
- Devlin, M.J. "Is there a place for obesity in DSM.V?". *International Journal of Eating Disorders*, vol. XV, Issue 53. 2007, pp. 583-588.
- 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>
- LEY para prevenir y atender la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal (DF). Ciudad de México. México. Gaceta oficial 23/10/2008. Primera reforma 22/6/2016.
- LEY (ORDENANZA) n° 2.715. Política Nacional de Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención en Salud. Departamento de Atención Primaria. Brasilia. Brasil. 2012.
- LEY n°30021. Ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Congreso de la República. Lima. Perú. 2013.
- LEY 4959. Prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación y sus efectos dañinos en la salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, República del Paraguay. 2016.
- LEY 2120. Ley para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles. Congreso de la Nación de Colombia. Bogotá, Colombia, 30/7/2021.
- Lacan, J. (1957-1958). *El Seminario. Libro V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1960-1961). *El Seminario. Libro VIII: La Transferencia*: Paidós, 2011.
- 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. (1966). "Psicoanálisis y medicina". En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial, 2010.

- 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>.
- Muñoz, P. D. (2018) “*Histructura y estructure*” en “Psicopatología. En los desfiladeros del psicoanálisis”. Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.
- 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.
- Recalcati, M. (2008). *La clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Roth, G. (2000). Obesidad y/o bulimia. *Estudios de anorexia y bulimia*. Goralí, V. (comp.). Buenos Aires: Atuel, pp. 149-155.
- Soria, N. (2016). “El refugio en el cuerpo”. En *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*. Buenos Aires: Del Bucle, 2016, pp.135-153.
- Winnicott, D. (1990). *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. Buenos Aires: Paidós. Cartas escritas entre 1919-1969.
- Winnicott, D. (2015). El trastorno psicossomático. *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.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.

Notas

¹Especialmente porque los autores trabajamos e investigamos 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>.

²“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).

³De nuestro conocimiento, 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.

⁴En 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).

⁵Cabe destacar que este autor no se localiza dentro de los analistas de perspectiva lacaniana pero su apreciación nos parecía pertinente para señalar el carácter periférico del psicoanálisis en este tipo de clínica. Su nombre se puede adicionar a los de Dolto o Winnicott que en determinado momento hicieron alusión a dicha problemática.