



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Los Trastornos de la Conducta Alimentaria  
en la infancia: una lectura desde el  
psicoanálisis.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

MELISSA RIVERA MOTA

**DIRECTOR DE TESIS**

MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL

**REVISOR**

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Marzo, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## Índice

1.	Introducción .....	1
2.	Método .....	3
3.	Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	5
3.1	Antecedentes .....	5
3.2	Definición.....	23
3.3	Criterios Diagnósticos .....	25
3.4	Trastornos de Alimentación Infantil.....	30
4.	El Psicoanálisis y Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	37
4.1	¿Por qué se introduce la perspectiva Psicoanalítica en la clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria? .....	37
4.2	Aportaciones teóricas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	41
4.2.1	Sigmund Freud. La etapa oral y la histeria.....	43
4.2.2	Melanie Klein. Alimentación y vínculo afectivo madre-hijo como fundamento de la constitución psíquica.....	58
4.2.3	Françoise Dolto. La imagen inconsciente del cuerpo.....	86
5.	La construcción simbólica desde la infancia: aportaciones de Jacques Lacan .....	99
5.1	El estadio del espejo.....	102
5.2	Los tres registros .....	107
5.2.1	El Imaginario .....	107
5.2.2	El Simbólico .....	109
5.2.3	Lo Real .....	110
6.	Discusión y conclusiones .....	115
7.	Referencias .....	127

## 1. Introducción

El tema que se abordó en el siguiente trabajo son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El estudio de los TCA es un área de investigación novedosa y, a su vez, polémica en nuestro país. Las últimas encuestas de salud, observan la aparición de los TCA en poblaciones adolescentes y adultos. Sin embargo, en los últimos años, se ha empezado a observar el incremento de aparición en infantes.

En este contexto, es relevante abordar ésta problemática desde distintas perspectivas, facilitando una reflexión que favorezca el análisis del nombrado trastorno y con ello abrir preguntas para futuras investigaciones sobre el tema.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar el fenómeno de Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la infancia desde dos perspectivas: la perspectiva psiquiátrico-psicológica y la perspectiva psicoanalítica para explorar por qué este fenómeno haya sido poco estudiado hasta la fecha.

Las dos perspectivas que se abordaron en el presente trabajo son desde la psicología-psiquiatría y el psicoanálisis. La perspectiva psicológica-psiquiátrica nos permitió conocer a profundidad los antecedentes históricos que los preceden, los estudios estadísticos que nos dan a conocer la prevalencia e incidencia de su aparición y también permite analizar los sistemas clasificatorios que sirven de apoyo para el diagnóstico de los TCA. Esto se obtuvo a partir de las publicaciones más recientes a las que se pudo tener acceso tanto a nivel mundial como en el país.

La perspectiva psicoanalítica brindó modelos explicativos y de análisis de la aparición y mantenimiento de los TCA en los individuos a partir del análisis de dichos fenómenos. El eje de

esta investigación radica en la relación que cada sujeto establece con el alimento. El trabajo se realizó tomando como bases conceptuales y teóricas de cuatro autores del campo del psicoanálisis: Sigmund Freud , fundador del psicoanálisis; Melanie Klein relevante exponente en el campo del psicoanálisis infantil; Françoise Doltó, quien brinda un enfoque teórico del psicoanálisis moderno centrado en el campo infantil y adolescente, y se concluyó con Jacques Lacan , importante teórico de escuela francesa post-freudiana y sus escritos centrados en campo del lenguaje y el discurso.

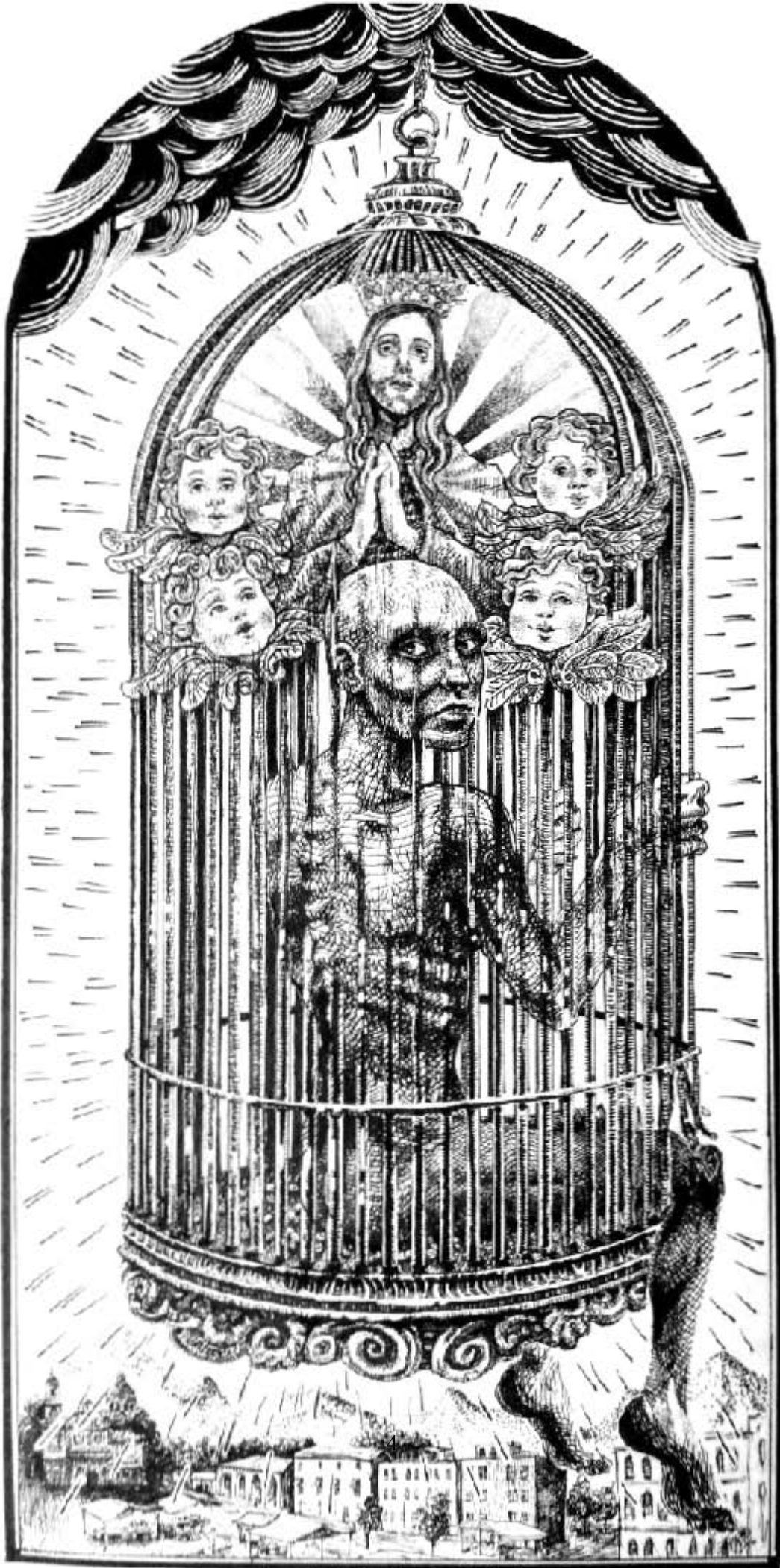
## 2. Método

Por medio de investigación documental se buscó obtener antecedentes para profundizar en las teorías y aportaciones existentes sobre los TCA. Dicha tesis se sustenta en el análisis histórico y comparativo del estado del arte en psiquiatría, psicología y psicoanálisis.

A partir de éste, se realizó una investigación de las novedades desde la perspectiva de la psicología y psiquiatría en los TCA. El eje principal de esta investigación es la relación que tiene el sujeto con la alimentación. A partir de ello, surgió una incógnita que es la aparición de los TCA en edades cada vez más tempranas, por lo que se investigó los antecedentes históricos que preceden a los TCA, el contexto actual, la definición, los criterios diagnósticos de la misma y se indagó si existen clasificaciones enfocadas principalmente al área infantil.

Posteriormente, se prosiguió con la investigación ahora desde la perspectiva del psicoanálisis utilizando los aportes de cuatro exponentes teóricos comenzando por Sigmund Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto y se concluyó con Jacques Lacan.

Con esto, se realizó un análisis de los denominadores comunes y las divergencias en ambas perspectivas para así concluir dicho trabajo elaborando propuestas para el análisis e intervención en el trabajo clínico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.



#1106



“...Nadie por tanto, podía saber por experiencia propia si realmente había ayunado sin interrupción y sin falta; solo el ayunador podía saberlo, ya que él era, al mismo tiempo, un espectador de su hambre completamente satisfecho.”

Franz Kafka, 1924

### **3. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

En este capítulo se expondrá el panorama, desde el discurso psiquiátrico, de los antecedentes históricos que preceden a los TCA, el contexto actual, la definición y los criterios diagnósticos de la misma, así como dar introducción a una clasificación con un enfoque hacia el área infantil.

#### **3.1 Antecedentes**

El término de Anorexia proviene del vocablo griego *anorexis*. Éste se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de “*falta de deseo*”. Dicho término continuó utilizándose por los médicos a lo largo de los siglos adjudicándolo a diversas causas según la época: factores divinos, satánicos, por brujerías, causas metafísicas u orgánicas y/o desequilibrio entre los humores, factores neurológicos o psíquicos (Adame-Acosta, 2011). Por lo que las posibles descripciones de este problema pasan por el *espíritu de la época*, de la cultura.

En la Antigua Grecia el ayuno, ya sea voluntario o involuntario, se explicaba como resultado de una alteración humoral ya sea como camino al éxtasis o unión con los dioses. De igual modo, era muy importante la consideración del atractivo en el cuerpo. El cuerpo varonil fue objeto de admiración pública y apreciado como más atractivo que el femenino. Esto se debió a que el concepto de belleza era sinónimo de un cuerpo saludable, en forma, incluso hacía alusión a las cualidades internas: estos atributos estaban relacionados más frecuentemente al varón. Se estipuló una medida de belleza ideal, llamada la *Media de Oro* o *Número de Oro*, que era una concreción del culto al equilibrio en donde lo extremo, lo extraño, no podía ser perfecto.

Se tienen registros de que la Cultura Romana le daba un gran valor a la delgadez o por lo menos, se tendía a evitar el sobrepeso. Sin embargo, era una cultura que se entregaba a los placeres, un claro ejemplo es que en la cultura Romana gustaba de los banquetes abundantes y utilizaba el vómito para seguir comiendo y a su vez evitar el sobrepeso. Por lo que atracones de comida y los vómitos eran aceptados socialmente y estaban integrados en ésta cultura de forma armónica.

Se puede observar que dichos patrones culturales ejercieron cierta presión en los criterios, tanto estéticos como alimenticios, a los que los sujetos eran sometidos. Esto trajo consigo afecciones en la salud, como las que el médico romano Aulo Cornelio Celso (30 a.C. a 40 a.C.) descubrió: las *tabes*. Se trata de un tipo de enfermedad crónica donde se presenta un notable deterioro físico. Estas se clasificaban en tres tipos y una de ellas se nombró *tabes atrófica*, la cual se explicaba como resultado de la desnutrición por miedo a engordar.

Es en esta época cuando se empiezan a tener más referencias sobre este tipo de padecimiento como lo podemos observar en los aportes de Hipócrates (460-377 a.C.) quien habla de "*abstinencia de alimentos*", donde destacó la importancia de la dieta como herramienta terapéutica; Sorano de Efeso (98-138 D.C.) describió la asociación de la Anorexia con la

amenorrea; Galeno (155 d.C.) expuso un cuadro de emaciación en el que el paciente no puede comer ni beber. En este caso los tratamientos seguían condicionados por los equilibrios humorales (Barrera, Castañón, Rodríguez, Sánchez y Soberón, 2013).

Es aquí donde surge un hecho muy importante que nos servirá de eje en esta investigación histórica: la valoración estética del cuerpo está determinada por la cultura, es decir, parte de una serie de condiciones sociales. Por definición, la cultura establece criterios de la valoración, pero no puede conseguir que todos sus individuos se moldeen completamente ante estos criterios. Este desfase será fuente de malestar y ansiedad.

En la sociedad de la Edad Media (siglos V a XV d.C.) comenzaron a imponerse ciertas reglas nombradas como “*las buenas maneras*” donde se imponía a hombres y mujeres determinadas reglas de comportamiento, ya sea en la convivencia con las demás personas y hasta en ciertos cánones de la alimentación, con el fin de marcar la diferencia de roles entre ambos sexos. Y no solo respecto al género sino a los roles sociales, culturales, políticos, religiosos, etc. Estas reglas relacionadas con la ingesta de alimentos, también diferenciaban el papel de la mujer. La mujer no podía llenar excesivamente su boca y los mejores bocados debía ofrecerlos gentilmente al caballero que se sentara a su lado. Éste elocuente gesto hace evidente la desaprobación social por los excesos alimentarios de las mujeres, que tuvo su origen hace más de seiscientos años (Toro, 2006).

Es en esta época cuando la investigación médica empieza a ganar terreno, aunque aún permeada por las explicaciones religiosas donde la concepción del ayuno es tomada como el acto de santidad para alcanzar la unión con Dios, idea propia del cristianismo de la Edad Media.

Adame-Acosta (2011) sostiene que fue durante la Edad Media cuando muchas mujeres, ingresadas en los conventos o no, trataron de lograr la unión mística con Dios pasando por la “*purificación del ayuno*”. En esta época existía la tendencia de éstas a somatizar los actos religiosos. Por ejemplo, solo comían la hostia eucarística ya que el ayuno era un factor importante en el modelo de santidad femenina. A este periodo también se le conoce como el de las “*Santas Anoréxicas*”.

Esta práctica se convirtió en un modelo al cual aspirar, no sólo para las mujeres medievales, sino también para el clero que lo consideraba como la manera más segura de poder alcanzar la unión con Dios. Y aunque la iglesia no “exigía” llegar a límites extremos, si lo miramos en perspectiva, resulta casi imposible concebir que las mujeres practicantes del santo ayuno no llegaran a límites peligrosos, pero si existen indicios para suponer que muchas de ellas, lo veían como el único modo de tener un lugar en la sociedad. La *Santa Anoréxica* encuentra su rol de poder místico a través de la posibilidad de convencer de su santidad a los confesores espirituales a partir del ayuno. Para éste tipo de mujeres, la anorexia era la única posibilidad de ofrecer un posicionamiento social privilegiado a las mujeres, que en esta época carecían de un reconocimiento moral en la sociedad. Con la renuncia al propio cuerpo y con ello una desaparición y renuncia a los encantos del cuerpo femenino, permitía a la mujer favorecer, transmitir y vivir las sensaciones y deseos como manifestaciones de fe y expresión religiosa. Es así como la anorexia, junto con la flagelación y otros sufrimientos corporales, se convertía en un medio para elevar la santidad de la mujer, cuyo cuerpo era símbolo de lujuria, debilidad e irracionalidad (Reda, 1997).

Éste tipo de sufrimiento corporal adquirirían un significado distinto según fuera autoinfligido por hombres o por mujeres. Un interesante ejemplo de esto, se encuentra en el famoso *Milagro de Valburga* del Siglo IX, donde se relata la historia de un hombre y una mujer

que sufrían de un trastorno de alimentación (ella no comía, y él vomitaba). Ellos fueron llevados delante de la Santa Reliquia. Al hombre se le aparecieron tres monjas que lo curaron de su resistencia por la comida ofreciéndole pacientemente un cáliz y consiguiendo amorosamente que vuelva a alimentarse. En cambio, para la mujer el milagro consiste en perseverar en su anorexia curándose de la voracidad de las crisis bulímicas y resistiendo divinamente a la comida, manteniéndose en abstinencia por tres años, después de los cuales le sobrevino la muerte y como premio, la ascensión al cielo (Toro, 2006).

Existen varios casos de mujeres que lograron alcanzar la santidad por medio de la anorexia como es el caso de la leyenda medieval de *Santa Wilgefortis*, doncella hija del rey de Portugal, quien ayunó rogando a Dios que le arrebatara su belleza para ahuyentar la tentación a la lujuria de los hombres. Tras un tiempo de ascetismo, plegarias e inaniciones, su cuerpo y su rostro comenzaron a cubrirse de vello. Éste padecimiento es conocido con el nombre de lanugo, que es la aparición de vello fino y suave en cara y cuerpo mismo que se presenta en un estado avanzado de inanición (San Sebastián, 1999).

También se encuentra el caso de *Santa Catalina de Siena*, una mujer perteneciente a la orden de las Mantellate, una orden dedicada a asistir a los enfermos en el Hospital de Santa María de la Scala. A la edad de siete años tuvo una visión de Cristo, momento donde decide “*quitar a esta carne cualquier otra carne, en medida de lo posible*”, por lo que empezó a tirar a escondidas los alimentos que le ofrecían, en especial la carne. Después, a limitar el consumo a una sola vez al día hasta llegar al grado de dejar de comer y de vez en cuando, solo para no causar escándalos, llegaba a masticar vegetales para después escupirlos y si algún pequeño trozo era tragado se provocaba el vómito para expulsarlo de su cuerpo. Ella decide dejar de comer implorando que se le conceda poder “*cargar sobre sus espaldas los errores y los males de la Iglesia y de aquellos*

*que la gobiernan y a la vez se declaraba culpable por no haber sabido responder siempre como debía a lo que Cristo esperaba de ella” (Reda, 1997).*

En una etapa posterior para la Iglesia Católica Apostólica y Romana, ésta concepción cambia. El ayuno solía acompañarse del aislamiento, una condición contraria a la idea eclesiástica del “rebaño”. Por lo que se concluye que quien puede vivir por tanto tiempo sin alimentarse, debe estar sostenido por el demonio en un acto de soberbia que reta a Dios. Por esto anterior, la iglesia empieza a dudar del ayuno, no porque las mujeres que lo practicaban con fervor muchas veces ponían en grave riesgo sus vidas, sino en la única preocupación de dilucidar si era una obra de Dios o del diablo. Hubo varias practicantes que lograron convencer a sus comunidades de que su conducta estaba animada por el aliento de Dios, consiguiendo ser admiradas y respetadas. Sostenían que ser la *sierva de Dios* significaba que su conducta no la regía ningún hombre, por lo que llegaron a imponerse ante la jerarquía eclesiástica con verdadera autoridad moral (Behar y Arancibia, 2015).

La idea del ayuno para evitar la posesión demoniaca es una creencia muy antigua. En algunos pueblos primitivos existió la concepción de que algún demonio podía penetrar en el cuerpo por medio del alimento, por lo que se ayunaba para contrarrestar estos peligros o se evitaban aquellos alimentos que se consideraban transportes predilectos de los íncubos y seres malignos, como la carne. Esto descansaba en la certeza de que la privación de alimento ahuyentaba las influencias demoniacas y garantizaba cierta pureza. La consecuencia lógica de esto, era entonces que la carne debía ser dominada, el espíritu debía triunfar y el ayuno era el medio idóneo para ello. De tal modo que mantenerse sin comer era considerado como signo de santidad (Adame-Acosta, 2011).

En esta época el Cristianismo adoptó al ayuno como pilar de la vida ascética, en la cual se buscaba la purificación del espíritu mediante la negación de los placeres. De igual modo, la abstinencia sexual y otras formas de control y castigo corporales tenían como fin el debilitar la carne y fortificar el espíritu. La significación del ayuno se tornó totalmente moral, utilizándose como penitencia religiosa con el fin de dar lugar a la expiación de los pecados cometidos por la misma persona o como vehículo para ayudar a la purificación del alma de otros.

En el siglo XVII y XVIII, hubo científicos que se interesaron en estudiar la abstinencia alimentaria, muy común en las mujeres de la Edad Media y la denominaron “*Anorexia Mirabilis*”, que significa “*pérdida de apetito inspirado milagrosamente*”. Bynum (1987) asevera que los casos presentaban ciertas características comunes: actitud distorsionada e implacable primero hacia la carne y luego al resto de la comida, periodos de hiperactividad y no se consideraba una enfermedad sino una abstinencia voluntaria y beatificadora. Aquí podemos apreciar las primeras descripciones sintomáticas desde el discurso psiquiátrico como TCA.

Con esto se puede empezar a vislumbrar el eje central del problema que está ligado con la significación que adquiere tanto el cuerpo, ésta pesada materia tan malignamente divorciada de la espiritualidad, como los alimentos, tan susceptibles a penetrar en el organismo con influencias negativas. Esto aunado a las discordancias de lo que la demanda cultural dicta en cuanto a sus percepciones y propuestas estéticas y las respectivas realidades de quienes están sujetos a éstos cánones, generan un discurso de demanda que por su enorme distancia con éstas realidades, causa angustia y malestar en el sujeto es sometido a ésta ideología. Éste esquema va más allá de la mera propuesta estética de tener una figura esbelta, sino que ofrece un posicionamiento social privilegiado a aquellos sujetos ausentes de un lugar en la sociedad. El vivir al margen de una

sociedad esbelta genera una permanente posición de angustia en los sujetos. Por lo que cabe la pregunta: ¿es por lo tanto la angustia, el lugar que les corresponde?

En la transición de la Edad Media al Renacimiento se produjeron cambios en la concepción de belleza de la mujer. Su cuerpo era mal visto por poseer curvas, por su sensual redondez, condición que se buscaba ocultar a toda costa, con vestidos grandes y largos y donde ni los pies pudieran ser vistos. Éste planteamiento pasó a formar parte de una cultura ascética.

Pero poco a poco, durante ésta transición se fue generando una ausencia generalizada de disciplina social y el inicio de una cultura individualista. Paulatinamente el vestido perdió uniformidad dando origen al uso del escote, acentuando las caderas, ya sea mediante almohadillas, mangas y conexión de vestidos con muchas telas. La moda entre cortesanas y burguesas, produjo la aparición del miriñaque –falda interior de tela rígida o muy almidonada y a veces con aros, que usaron las mujeres (RAE, 2018) – objeto que constituyó un hito histórico en la apariencia que daba al cuerpo femenino. Su uso estaba enfocado a “ocultar” los embarazos no deseados entre las cortesanas. Éste artefacto tuvo una enorme y duradera aceptación de una moda que en primer instancia se aplicaba con eficiencia a los cuerpos sobredimensionados, para después ser utilizado con fines de modificar la figura de quien lo llevara. Además de la aparición del miriñaque, también se inició el uso del corsé, que era utilizado desde la infancia y su proliferación causó no pocas protestas entre la comunidad médica. Esta moda no sólo se limitó a las mujeres de la corte, sino que se extendió rápidamente a todos los sociales. Todas éstas evidencias dejan en claro que las mujeres de esa época no sólo se preocupaban por aparentar delgadez (Toro, 2006).

¿Qué se buscaba? Un cuerpo que es sometido a cambios, un cuerpo que se modifica. No es solamente un cuerpo delgado lo que se desea, sino la condición significativa que este cuerpo modificado representa. En este caso, las cortesanas disimulaban sus embarazos no deseados



haciendo uso de estos artefactos. El cuerpo se ve modificado de tal modo que se niega su verdadera condición: si no se ve, no existe. Nace con ello una nueva manera de auto-negación o ¿tal vez debamos considerarlo ya como una manera de denegación?

En el siglo XVIII, comenzó a gestarse la diferenciación alimentaria según la clase social a la que se pertenecía: los pobres en Europa se alimentaban de manera escasa, monótona, rústica y simple. Mientras que la burguesía tenía acceso a sofisticados manjares, que descartaban por completo la noción de hambre y dando origen a un nuevo lujo social: la degustación pública de alimentos con el cual se mostraba su poder económico y cultural. En el nuevo orden burgués se fueron introduciendo normas dietéticas y estéticas derivadas del poder financiero.

En esta *Civilización del Apetito*, la imagen del cuerpo ideal también empezaba a presentar transformaciones relevantes. Iniciaba la sustitución del cuerpo con curvas a un cuerpo delgado como un modelo a seguir entre las clases superiores, especialmente en las mujeres. La delgadez no solo era coherente con la gastronomía de la época, sino que también fue convirtiéndose en otro medio de distinción entre clases, en este caso de las clases bajas. Es en este momento donde la comida y el comer estaban cargados de simbolismos, por lo que la comida y la acción de comer podían asociarse a múltiples factores ajenos al hecho mismo de la alimentación. Es así como se establecía un camino que facilitó la fenomenología anoréxica. Así como había ocurrido con la comida, también sucedía con el vestido, al igual que con la sexualidad: “*Comer era más que alimentarse, al igual que vestirse era más que abrigarse y la sexualidad era más que copular y procrear*” (Toro, 2006).

Richard Morton (1694) nombró al fenómeno de la anorexia como Consunción Nerviosa. Este era el cuadro clínico que describía como: “*Las violentas pasiones de la mente, la bebida desordenada y el aire malsano son las causas de este mal que, al principio, halaga y seduce al*

*paciente*”. La consunción nerviosa se define como la emaciación (adelgazamiento extremo) corporal inespecífica. Esta se clasificó en dos tipos: *primaria*, donde se presenta fiebre, y *secundaria*, llamada consunción nerviosa o atrofia nerviosa: “*consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañadas de pérdidas de apetito y malas digestiones; de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor.*”

Expuso el caso de una mujer de 20 años que padecía la Consunción Nerviosa: “*Para esa época, el apetito principió a abatirse y su digestión se tornó dificultosas, y pálida [...] Llegó a un alto grado de consunción, como un esqueleto sólo cubierto de piel. Sin embargo, no tenía fiebre sino por el contrario frialdad en todo el cuerpo. Rehusó la medicación que le ofreció: combinaciones de sales, aguas y tinturas. Tres semanas después comenzó con desmayos y murió*” (Barrera, Castañón, Rodríguez, Sánchez y Soberón, 2013).

Aunque los estudios de Morton quedaron clasificados dentro de las enfermedades médicas, fue dejando claro que no podían encontrarse causas orgánicas, ni funcionales, que pudieran lidiar con este problema, por lo que la medicina se va limitando a la investigación del ciclo hambre-saciedad. Es el campo de la psiquiatría quien continúa con los estudios e investigaciones sobre TCA, que se han concentrado en la subdivisión etiológica donde se habla primero de un síndrome incompleto que acompaña diversos diagnósticos psiquiátricos como la depresión, esquizofrenia, etc. y segundo, del trastorno completo para el que se utiliza información y fundamentación psicológicas. Esta visión fue aportada por Morton y continúa vigente hasta nuestros días.

Dentro de las investigaciones en el área de la medicina se empezaba a vislumbrar el vínculo que existía entre la inhibición alimenticia y la sexual. Por ejemplo, Boissier de Sauvages (1736) en su obra *Nosología Metódica*, afirma que la anorexia toma el nombre de *anepithymiaey* el cuadro se aborda desde los siguientes puntos: aquellos casos en que se extingue el deseo sexual y/o

alimenticio y su origen es de carácter milagroso, representando así una hazaña relacionada con la divinidad.

En 1750 se realizó la descripción de lo que se llamó “*la enfermedad de las vírgenes*” quienes presentaban amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito conocida como clorosis, una enfermedad que predominaba en adolescentes que se caracterizaba por el empobrecimiento de la sangre, palidez del rostro, palpitaciones, etc. (Gómez, 2003). Esto dio inicio a la relación directa de la sexualidad con éste padecimiento, el cual nos remite a las descripciones freudianas sobre la angustia y la histeria.

A finales del Siglo XIX la Anorexia Nerviosa (AN) o mental se consolida como entidad clínica. En 1873, Lasègue, en Paris, y Gull, en Londres, refieren la anorexia a la histeria y a un problema del tracto digestivo. Sin embargo, todavía no se manifestaba en las pacientes el miedo a engordar y por lo tanto, el deseo de adelgazar y ser delgadas. Gull, describió el cuadro como: emaciación asociada; constipación; pérdida del apetito; pulso y respiración disminuida; y ausencia de patología somática, mientras que Lasague la describía como perturbación histérica del tracto digestivo, dando énfasis a la influencia familiar en la paciente y su entorno inmediato como factores etiológicos importantes (Adame-Acosta, 2011).

En 1873 se publica un comunicado de medicina en la Universidad de Oxford, donde se menciona por primera vez una enfermedad de carácter peculiar pues ésta casi siempre se presenta en mujeres jóvenes y como características principales sobrevenían la ausencia de apetito y emaciación (un síndrome donde se presenta la pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal). A esta condición se le nombró apapsia histérica, la cual se transforma ante la ausencia de pepsina gástrica (jugos gástricos) en AN. Y la anorexia histérica de Lasègue, en anorexia mental. La anorexia entra así al dominio de la psiquiatría. (Gómez, 2003).

Por mucho tiempo se consideró que la anorexia se explicaba como una perversión de la voluntad, es decir, una manifestación retorcida de la visión adolescente, del sexo femenino y de la histeria. Los médicos realizaban interrogatorios, que eran dirigidos hacia la madre de la paciente, quien la acompañaba durante toda visita médica. La madre vigilaba las exploraciones físicas a las que su hija era sometida y medían por completo el interrogatorio médico, adoptando el papel protagónico. Era de esperarse que la paciente se mostrara cohibida y avergonzada cuando sus sentimientos y motivaciones para ayunar, se basaban en razones privadas, íntimas y personales, aunque realmente su origen fuera social.

Entonces, si la anorexia no estaba motivada por el anhelo de ser delgado, ¿Cuáles eran los verdaderos motivos? Brumberg (Toro, 2006) explica: *“La salud de las mujeres jóvenes estaba decididamente influida por una moda femenina general favorecedora de enfermedad y debilidad. [...] Puesto que las enfermedades más prevalentes en esta época eran las que implicaban consunción, no sorprende que el llegar a ser delgada no comiendo se convirtiera en un síntoma focal. La consunción era su estilo.”*

La imagen de mujer frágil propia de las clases superiores tendió a difundirse, llegando a ser interiorizada por las mujeres de clase media de las sociedades victorianas. Las mujeres de clase media satisfacían su propio estereotipo de femeninas y delicadas, confirmando así la explicación médica dominante relativa a este género, el cual indica que las mujeres eran físicamente y biológicamente inferiores porque realmente se desmayaban, no podían comer, sufrían continuamente enfermedades y manifestaban sistemáticamente pasividad y sumisión bajo distintas formas. La aceptación por parte de las mujeres de su incapacidad otorgaba una valoración tanto humana como moral a los hechos establecidos.

Estos prejuicios daban como resultado que en el campo médico se forjara la concepción de que las mujeres son proclives a los trastornos gástricos debido a una mayor sensibilidad del sistema digestivo femenino, por lo que se consideraba normal que una adolescente tuviera poco apetito o fuera caprichosa en sus comidas. Este prejuicio justificaba los síntomas observados y estos podían quedar potenciados por la aceptación médico-social. Junto con las practicantes de restricciones alimentarias, eran frecuentes las muchachas con *avidez mórbida*.

El ideal de la feminidad victoriana era la mujer que situaba el alma por encima del cuerpo. La mujer de buena crianza respondía no a los bajos sentidos del gusto y el olfato, sino a los más elevados, vista y oído, utilizados con propósitos morales y estéticos. Una de las demostraciones más convincentes de una orientación espiritual era un cuerpo delgado; esto es, un físico que simbolizara el rechazo a todo apetito carnal. Estar hambrienta, en cualquier sentido, era dar un paso social en falso. Negarlo se convertía en una forma de certeza moral, y rechazar alimentos atractivos en un medio de avanzar por la jerarquía moral. En la práctica clínica se registraban listas de alimentos que adolescentes victorianas confesaban querer comer yeso, ceniza, magnesio, minas de lápiz, tizas, carbonilla, tierra, arañas e insectos. Lo que actualmente está registrado en el DSM-V (2013) como Pica.

El control del apetito exigía supervisar y limitar no solo la cantidad de alimento ingerido sino también su calidad. Las adolescentes victorianas tenían prohibido todo género de alimentos inflamatorios, es decir, aquellos que podían excitar sus pasiones. La carne era un alimento controlado pues tiene consideraciones fisiológicas y también morales. Se creía que la carne producía calor, estimulaba la actividad y el deseo sexual. Comer carne en exceso se asociaba con la locura y la ninfomanía en adolescentes. Como consecuencia, pocas muchachas comían carne,

ayudando a contribuir a la anemia ferropénica (clorosis), una enfermedad bien vista dada su delgadez sintomática.

Es justo en esta época victoriana, donde se fundó el veganismo con todas sus aberraciones teóricas y prácticas. Los alimentados tendían a dividirse en “*saludables*” y “*malos*”. En esta misma época, se difundió una notable preocupación por el funcionamiento intestinal, donde la comida debía ser “sana y limitada” y evitar los excesos. Eran las purgas las que permitían compensar los posibles excesos y devolver a la normalidad al organismo supuestamente extraviado. Un modo eficiente de sacar del cuerpo los excesos, resultado de las acciones culposas, mismas que traían consigo la desestabilización interna de cada sujeto. La restricción alimentaria, aspecto enfermizo, uso de laxantes, ejercicio físico, son los cimientos de cuanto aquí y ahora de la que en la actualidad se sigue investigando.

Entre la juventud burguesa existían algunos personajes significativos y admirados: Santa Catalina de Siena y Lord Byron.

Lord Byron es uno de los casos más sonados de anorexia nerviosa en hombres. Era un poeta anglosajón que por su fama y prestigios literarios, además de su controversial vida amorosa, los jóvenes burgueses lo consideraran como un ídolo. Su carácter modélico facilitó y determinó la difusión de sus ideas acerca del cuerpo y la mente. Byron ayunaba a fin de mantener despejada su mente. Se alimentaba de galletas saladas principalmente, y no probaba la carne. Le horrorizaba la gordura que, en su opinión, simbolizaba letargia, torpeza y estupidez (Nye, 1994). Byron fue un modelo de delgadez adoptado por gran cantidad de mujeres jóvenes, quienes consumían vinagre para adelgazar y arroz para estar más pálidas. Influencia que los médicos lamentaban explícitamente.

Un fundamento epistémico muy importante es la tradición literaria. Es por medio de la literatura que podemos tener acceso a múltiples y considerables aportaciones en el quehacer clínico y científico. Tal es el caso de Franz Kafka quien describió, en su cuento “*Un artista del hambre*” (1924), la vida de un hombre artista que su espectáculo consistía en ayunar. La figura del artista hambriento se popularizó extraordinariamente en Europa y Estados Unidos. Su rechazo del alimento consistía una manifestación pura de la fuerza de voluntad y autocontrol, un espectáculo público con enseñanzas morales.

Kafka nos relata las experiencias que un artista vivió al ejecutar un espectáculo que consistía en dejar de comer mientras se encontraba encerrado en una pequeña jaula de metal por cuarenta días, plazo que fijó el empresario que sustentaba dicho “show”. La cuidad se ocupaba del artista o como es nombrado en el cuento, el ayunador. Día y noche era vigilado por hombres, mujeres y niños quienes estaban a la expectativa de si efectivamente dejaba de comer por tanto tiempo. Sin embargo, el artista tenía vigilantes permanentemente, quienes eran designados por el público y curiosamente solían ser carniceros cuya misión era evitar que el ayunador pudiera tomar alimento. Solo se le tenía permitido de vez en cuando ofrecerle un trago de agua para humedecer sus labios. “*Nadie, por tanto, podía saber por experiencia propia si realmente había ayunado sin interrupción y sin falta; solo el ayunador podía saberlo, ya que él era, al mismo tiempo, un espectador de su hambre completamente satisfecho*” (Kafka, 1924).

Al cumplirse el plazo de los cuarenta días, la puerta de la jaula fue abierta y el público entusiasmado llenaba el teatro donde dos médicos estaban presentes para tomar las medidas del artista y anunciar los resultados por medio de un altavoz. En el cuento se relata que dos mujeres estaban dispuestas a ayudar al ayunador para salir de su jaula, pero él no quiso levantarse y

menciona: “¿Por qué suspender el ayuno precisamente entonces, a los cuarenta días? Podía resistir aún mucho tiempo más, un tiempo ilimitado; ¿por qué cesar entonces, cuando estaba en lo mejor del ayuno?” (Kafka, 1924).

Este personaje pone de manifiesto la persecución narcisista de la perfección mediante el control del apetito. Kafka mismo durante toda su vida fue sumamente delgado, con un peso siempre inferior al normal, renunciando sistemáticamente a todo disfrute físico. Ayunaba, no ingería alcohol ni carne, era vegetariano, practicó la abstinencia sexual, no tenía bien definida su identidad sexual, padeció de obsesividad y compulsión, gustaba de contemplar cómo otros comían y con frecuencia inventaba historias sobre tragones. Murió a los 40 años, a quien describieron como “*el hombre más delgado*” que se conoció.

A finales del siglo XIX, en Inglaterra y Estados Unidos se instauró un movimiento llamado *La Cristiandad Muscular (Muscular Christianity)*. Este movimiento se centraba en la perfección del cuerpo, perfección que debía conseguirse mediante gimnasia, la calistenia y el deporte de competición. De igual modo, la ingestión excesiva de carne especialmente, era repudiada. La pureza corpórea era una preocupación constante, un objetivo que se alcanzaba con la frecuente actividad física. En este tenor la pureza intestinal era muy importante y se buscaba mediante enemas, laxantes, pautas defecatorias regulares y una correcta dieta alimentaria, que sumados al exigido ejercicio físico, seguramente darían por resultado un organismo sano y libre de impurezas.

Esto trajo como consecuencia cambios en la anatomía humana, especialmente en la mujer. En esa época ella experimentaba variaciones importantes en la aparición de la pubertad. Los cambios bruscos de talla y la menarquia no estaban científicamente establecidos. Estas variaciones abruptas se debieron a los cambios nutricionales que los adolescentes recibían, aunque también tuvo como consecuencia que ellos mismos comenzaran a atender las exigencias de su cuerpo. De



igual modo, la velocidad y relevancia de los cambios eran percibidos a través de una serie de expectativas y puntos de referencia suministrados por la cultura a la que pertenecen.

Toro (2006) menciona que el patrón estético corporal de la delgadez y los comportamientos favorecedores del adelgazamiento quedaban así instaurados. Era una lucha de las adolescentes ante los cambios que experimentaban su cuerpo y las motivaciones morales, estéticas y sociales, culturales, ya interiorizadas, sobre mantener un cuerpo delgado. Las restricciones alimentarias se estaban imponiendo y al mismo tiempo, prestigiándose como medio e incluso como fin en sí mismo. Es por eso que a inicios del siglo XX se empezó a difundir, nuevamente, el uso del corsé con el fin de alcanzar esa figura delgada y estilizada que tanto se deseaba. Fue aquí cuando surgió la moda del *talle de avispa* donde muchas mujeres deseaban acentuar más sus curvas y seguir suprimiendo cada vez más sus tallas. Se buscaba una *estética de la artificial*: para gustar y gustarse, la mujer debía *deformar* su cuerpo. Pero también simbolizaba el sufrimiento que todo eso conlleva. Hubo movimientos feministas que buscaron la supresión del corsé y lo lograron, sin embargo no consiguieron acabar con el mito del cuerpo delgado.

Así fue como a finales del siglo XIX, ya existía un reconocimiento del origen psicológico de la AN y fue a partir de los descubrimientos de caquexia hipofisaria – una atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis se caracteriza por la pérdida de músculo con o sin masa grasa–, los cuales darían más credibilidad a la etiología endócrina de esta patología. Sin embargo, todas estas concepciones se fueron deteriorando, debido a las nuevas aportaciones de Decourt en 1954, quien fundamenta el origen psiquiátrico del trastorno y al éxito que comienza a mostrar el revolucionario tratamiento que los psiquiatras implementaban: el aislamiento.

El origen de dicha aportación se da por la influencia del Neurólogo y Psiquiatra francés J. M. Charcot, para quien la AN pertenece a la esfera de la histeria y hablaba de una forma

especialmente grave de la misma. Charcot plantea como factor fundamental en el tratamiento, aislar a la persona enferma de su medio, en especial el familiar. Ésta medida mostró tener resultados favorables y se presentaba casi siempre una recaída cuando la paciente se volvía a insertar en el medio familiar. En 1895, Freud publica su descubrimiento respecto a la neurosis de las muchachas púberes que rechazan la sexualidad mediante la AN. Se profundizará en éste tema de la relación sexualidad-anorexia en el siguiente capítulo.

Es hasta la II Guerra Mundial cuando se formaliza la concepción actual de los trastornos alimenticios. En los 60's el modelo de neurosis se estableció como una base muy eficiente para fundamentar casi todas las psicopatologías y gracias a ello, en la siguiente década se convirtió en un área de interés para la Medicina y la Psiquiatría (Vázquez-Arévalo, López-Aguilar, Tellez-Girón y Mancilla-Díaz, 2015). Es a partir de la Medicina y la Psiquiatría que la industria química y farmacéutica tuvo un avance muy importante durante el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial. Todos estos importantes avances fueron la base de la industria actual haciendo que la mercantilización de la medicina sea un eje financiero fundamental en nuestros tiempos (Godínez-Reséndiz y Aceves-Pastrana, 2014).

Es en 1980, a partir de los estudios de Russel y Bruch, que aparece por primera vez la AN en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera versión (DSM - por sus siglas en inglés- III American Psychological Association, 1980), la cual contaba con la bulimia como un subtipo. En las subsecuentes versiones revisadas (DSM-III-TR, APA, 1987) se agrega BN como entidad nosológica independiente, considerando los criterios diagnósticos propuestos por Russell en 1979. Es aquí donde las aportaciones psiquiátricas desembocan en la citada clasificación del DSM y el tratamiento de internamiento y medicamentos psiquiátricos.

Al mismo tiempo, el Comunismo llevaba un fuerte empuje en la revolución ideológica del papel de los individuos. Desde este enfoque, la mujer y el trabajador tienen puntos en común, entre ellos: la opresión. Babel (1951) menciona: *“A través de la historia, los oprimidos tuvieron habitualmente conciencia de su opresión, y esta conciencia condujo a modificaciones y alivios en su situación. Pero ellos no pudieron determinar la verdadera naturaleza de esta opresión. Tanto en la mujer como en el trabajador, este conocimiento data de nuestros días”*. Desde este discurso, la mujer tiene una posición inferior, por la libertad de la es “dada”. Estas condiciones son mantenidas durante varias generaciones y éstas acaban por convertirse en costumbres. De esta forma, la mujer acepta todavía hoy su situación de inferioridad como una cosa evidente por sí misma. A propósito de este trabajo, esta situación de inferioridad por mucho tiempo llevó a la mujer a constante búsqueda del “cuerpo perfecto”, sometiéndose a un sinnúmero de restricciones y modificaciones volviéndose así un objeto de satisfacción para el otro.

Es así como desde el comunismo se buscaba que la mujer obtuviera un lugar en la sociedad en la cual merece los mismos derechos del hombre y un trato igual. De igual forma, impulsaba a rescatar a la mujer del papel como objeto sexual y volverla un objeto para sí misma y para el trabajo en conjunto de la sociedad.

Hasta cierto punto el comunismo contribuyó a la emancipación de la mujer, un discurso muy fuerte e importante para el movimiento feminista actual. Tras las revoluciones

### **3.2 Definición**

En la actualidad, los TCA continúan siendo un tema muy polémico. Existen muchas posturas con respecto a éstos. Algunos científicos sostienen que es la epidemia del siglo, otros dicen que las estadísticas no arrojan resultados alarmantes en relación a la obesidad y el sobrepeso.

La prevalencia de los TCA a nivel mundial se calcula entre 0.3 y 2.2% para AN y 1-1.5% para BN. La incidencia estima que existen entre 8 a 12 casos por cada 100,000 habitantes (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010). Se tiene el registro de que el cambio de diagnóstico de una BN inicial a la AN se puede llegar producir entre un 10 a 15 % de los casos (APA, 2013).

Los TCA son mucho menos comunes entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1 (APA, 2013). La Organización Mundial de la Salud indica, en su Guía Clasificatoria de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (2000) que por lo común dichos trastornos se producen en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia.

En México en el año 2001, en la Encuesta Nacional sobre Epidemiología Psiquiátrica se realizó el primer estudio enfocado a la prevalencia de TCA con datos representativos de la población mexicana. Los resultados arrojaron una prevalencia de bulimia de 1.8% de BN en mujeres y de 0.8% en hombres de 18 a 65 años de edad. El diagnóstico de anorexia nerviosa no se reportó. (Unikel, C; Caballero, A, 2010). En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente llevada a cabo en el Distrito Federal en el 1997 se reportó que en una muestra representativa de 3,005 adolescentes entre 12 y 19 años con hogar fijo se ha estimado que 2.8% de mujeres y 0.9% de varones presentan TCA (Unikel, *et al.*, 2000).

En el 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) se reportó que la proporción de adolescentes que participó en la encuesta (se aplicaron 96 031 cuestionarios individuales en los diferentes grupos de edad, así como 14 104 cuestionarios de utilizadores de servicios de salud) el 1.3% estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el

masculino). En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años.

Los TCA han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que presentan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en la alteración psicológica que se acompaña de una intensa distorsión de la percepción corporal y de un miedo profundo a la obesidad (Mancilla, *et al.*, 2006).

Por su parte, en el manual DSM- V (APA, 2013) donde se afirma que dichos trastornos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que tiene como lógica consecuencia una alteración en el consumo o respecto a la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física, mental y respecto al funcionamiento psicosocial del enfermo. Este tipo de padecimiento se puede clasificar en: a) Pica, b) el Trastorno de Rumiación, c) Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos, d) AN, e) BN, f) Trastorno por Atracón, g) Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos No Especificado y h) Trastornos alimentarios no especificados. En este documento se centrará solamente en AN, BN Y TPA.

### **3.3 Criterios Diagnósticos**

Según el *DSM-V* (APA, 2013), existen tres criterios para realizar un diagnóstico básico en la AN:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, estatura, complexión ósea y

muscular y que entorpece el sano desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal en niños y adolescentes ó inferior al mínimo esperado.

- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, como comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que el enfermo percibe su propio peso o constitución. Valoración impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falla persistente de conocimiento del peligro del peso corporal excesivamente bajo en la que el paciente se encuentra al momento de su padecimiento.

En la BN los criterios diagnósticos son:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: ingestión en un corto periodo de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas sería capaz de ingerir en circunstancias similares; y sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante ese episodio.
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinflingido, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos y otros medicamentos. El ayuno prolongado o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

EL TPA cuyos criterios diagnósticos son:

- A. Episodios recurrentes de atracones, anteriormente definido en el apartado de Bulimia Nerviosa y que dieron lugar a toda una subclasificación por su misma complejidad.
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
  - 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
  - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  - 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  - 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
  - 6. Malestar intenso respecto a los atracones.
- C. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición (2000) estos trastornos se encuentran en la clasificación *Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos* en la sección Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En este la AN se describe como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Se trata de una psicopatología particular en la que persiste un pavor a la gordura y a la flacidez de las formas corporales, miedo excesivo sustentado por ideas intrusivas que sobrevaloran características físicas muy específicas y donde el paciente se impone a sí mismo un límite muy estricto de peso corporal. Suele presentarse desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinos y metabólicos secundarios de la función corporal.

Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos.

Los criterios diagnósticos son:

- A. Pérdida de peso y en niños, ausencia de ganancia de éste, que conduce a un peso corporal de menos de un 15% debajo del peso normal o esperado, por edad y estatura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida, ya que se evitan de forma maníaca los "alimentos que engordan".
- C. Falta de claridad respecto de la propia imagen corporal. El paciente siempre siente estar demasiado gordo, hecho que lo conduce a imponerse a sí mismo un límite de peso extremadamente bajo.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisisgonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e incluso degenera en impotencia.

La *BN* se entiende como síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones, seguidos por autoinflicción de vómitos o uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas. Se ha encontrado a menudo en la *BN*, aunque no siempre, antecedentes de un episodio temprano de *AN*, con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años

Los criterios diagnósticos son:



- A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que están involucradas grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión por comer (ansia).
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos que el exceso de comida tendrá sobre su peso por uno o más de los siguientes patrones:
  - a. Vómitos autoinducidos.
  - b. Purgas automedicadas.
  - c. Períodos de ayuno alternantes.
  - d. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden llegar hasta omitir su tratamiento de insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (factor que acentúa la búsqueda de otras conductas para la pérdida de peso)

Para ambos trastornos existe la clasificación *Atípica*, en la que se cumplen algunas de las características de la BN y AN pero el cuadro clínico global no justifica ese diagnóstico.

De igual modo se encuentra el trastorno conocido como *Hiperfagia asociado a otros trastornos psicológicos*. Se define como hiperfagia al deseo irresistible de ingerir grandes cantidades de alimento sin hambre, que se detona gracias a acontecimientos estresantes, tales como duelos, accidentes, partos, etcétera (hiperfagia psicogénica). Sin embargo, ésta no está sustentada sobre un criterio diagnóstico clasificado.

Y por último con respecto a ésta tipificación, está *Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos*, que se presenta como una serie de vómitos repetidos, relacionados con los trastornos disociativos y el trastorno hipocondríaco, y que no se deben solamente a situaciones clasificadas fuera de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Estos pueden ser producto de factores emocionales o psicógenos.

Estos criterios para el diagnóstico pueden ser de gran utilidad para la detección rápida de éstas enfermedades en la pubertad y adolescencia, ya que en los últimos años se ha podido observar como la aparición de las TCA se empieza a presentar con mayor frecuencia en edades cada vez más tempranas en donde se puede encontrar el trastorno alimentario infantil.

### **3.4 Trastornos de Alimentación Infantil**

La alimentación, como medio de nutrición, es indispensable para el crecimiento y desarrollo de los niños. Es por ello que el apetito es un indispensable indicador del estado de salud de los infantes. La actual proliferación de los TCA constituyen un alarmante problema de salud en la infancia y su importancia radica en las eventuales consecuencias, que no solo son del orden nutricional, el crecimiento y el desarrollo fisiológico, sino también se inscriben dentro del mundo psíquico, como son las alteraciones en la autoimagen y la conducta adaptativa del infante, factores que repercuten a largo plazo en la vida adulta (Lartigue, Maldonado y Rosas, 1998).

Es necesario subrayar que a través de la madre se establece la alimentación así como la relación con ella y con el mundo. La madre cubre las necesidades básicas de sed y hambre, pero esto es algo más que el mero balance calórico, ya que inevitablemente se establece el primer lazo afectivo que el sujeto tendrá en su vida. Es hasta los dos años de edad donde el infante logra hacer una clara distinción entre madre y alimentación. La función de los padres dentro de la alimentación

constituye un componente importante, ya que éstos influyen de manera directa, es decir, en las porciones de alimento y sus hábitos alimenticios, donde intervienen también usos y costumbres culturales hacia la comida (Pedreira, 1998). Asimismo, los padres influyen en la posibilidad de identificar si existe un trastorno de la conducta alimentaria y el mantenimiento de éste.

Según el manual DSM-V (APA, 2013) sostiene que en cuanto a los TCA común que estos se presenten durante la adolescencia o en la edad adulta y que rara vez se inician antes de la pubertad o después de los 40 años. Entonces ¿por qué existe un incremento en la aparición de éstos en la infancia? Es posible que se deba a que hace algunos años los picos más altos en la estadística se reportaban en los 14 y 18 años de edad, sin embargo eso no significaba que no existiera en otros rangos. Rivas (2005) afirma que un 8% de los pacientes desarrollan anorexia antes de los 10 años. En el campo de los TCA, según la psiquiatría, estos casi siempre se refieren a la AN en los niños.

El término de anorexia infantil o anorexia prepuberal, dependiendo del autor al que se haga referencia, es muy variado dado que los criterios cambian según los estudios que se han realizado y la amplitud de la etapa que cada uno considera como niñez.

Chatoor (1998) define la anorexia infantil como un conjunto de TCA con características diferentes de la AN, que empieza en la segunda infancia (6 meses a 3 años), cuando el niño comienza a alimentarse por sí mismo. Las principales particularidades de la anorexia en prepúberes son una proporción más elevada de varones con respecto al trastorno de la adolescencia, el hecho de que los problemas alimentarios están presentes desde la primera infancia, el retraso del crecimiento y la asociación frecuente con estados depresivos.

Existen algunas discrepancias de éste tipo infantil con respecto a la distorsión de la imagen corporal o el sometimiento a una imagen ideal que está presente en el listado de las causas de la

anorexia que se presenta en la etapa de la pubertad y adolescencia. Rivas propone (2005) que estas son las características diferenciales a considerar para intentar esclarecer los mecanismos de la anorexia adolescente. En la anorexia infantil se muestra mucho más evidentemente el conflicto con lo materno, presentándose sin la investidura de epidemia, la moda o la meta de adelgazar. Para ellos su universo lo constituyen sólo las figuras de apego. En relación con esto podría estar el hecho de que la proporción de varones afectados es mayor que en la anorexia prepuberal.

Lask y Bryan-Waugh (1997) definen la anorexia nerviosa prepuberal como un trastorno que en general, tiene semejanzas con la anorexia nerviosa dentro de ellas, la distorsión de la imagen corporal y el miedo a engordar.

La clasificación de la anorexia infantil varía dependiendo de los estadios del desarrollo del infante. Estos van desde la anorexia de la primera infancia (Pedreira, 1998) que se presenta cuando el sujeto es un bebé, donde se manifiesta un rechazo hacia la oferta de alimentos.

Se divide en dos tipos: anorexia precoz severa (se presenta en los primeros meses, incluso en las primeras semanas, de vida del bebé) y anorexia del segundo semestre (6 a 12 meses). La *anorexia precoz severa* aparece aunado a un estado depresivo del infante y/o la madre. El bebé comienza a padecer un nivel de indiferencia y desinterés por el medio que lo rodea. En este contexto la actitud de la figura materna es de sufrimiento por la situación y falta de respuesta a los estímulos a los que somete al bebé. En la *anorexia del segundo semestre* se encuentra presente el rechazo al alimento; esto se puede deber a dos razones: cambio de alimentos con enfermedades del infante, y el segundo por trastornos psicopatológicos como fobia a los alimentos (presión de la madre al alimentarlo).

En la anorexia de la edad escolar (6 a 12 años), Sandoval-Cano (2007) explica que el evitar la comida se presenta casi igual que en etapas muy tempranas, pero de forma más sofisticada. El niño no suele oponerse categóricamente a la obligación de comer, pero emplea toda clase de acciones para retrasarla. Come de forma irregular y este comportamiento se repite sobre todo en presencia de la figura materna y en el hogar familiar nuclear pero puede pasar desapercibido en otros ámbitos como es la escuela (Pedreira, 1998).

Chatoor (1998) incluye a la anorexia infantil dentro de su apartado *fracasos no orgánicos de crecimiento* y afirma que el comienzo se da entre los 6 meses y 3 años, existiendo un rechazo a los alimentos durante el lapso de un mes o más. Se presenta una desnutrición aguda y/o crónica y una persistente preocupación de los padres, los padres están ansiosos al ver el rechazo del bebé ante los alimentos, así como relaciones conflictivas con los padres durante la comida.

Asimismo, estableció un subtipo de anorexia infantil clínica denominado *comedores melindrosos* en el cual, entre las bases diagnósticas más sobresalientes, destaca la selectividad hacia los alimentos durante al menos un mes. Sin embargo en ésta subclasificación no se encontró desnutrición fisiológica y la preocupación de los padres se mostró variable.

Por su parte Lask y Bryant-Waugh (1993) propusieron varios factores para el diagnóstico de la anorexia infantil, principalmente una fuerte determinación a no comer, pérdida de peso o deficiencia en ganar peso durante el periodo preadolescente (de 10-14 años). En ausencia de cualquier enfermedad física o mental se tienden a cumplir uno o más de los siguientes eventos: preocupación por las calorías ingeridas, así como los gramos de grasa en los alimentos, preocupación por el peso corporal, distorsión de la imagen corporal, miedo a la gordura, vómitos inducidos, actividad física excesiva y uso abusivo de purgas o laxantes.

La Clínica de Trastornos de la Alimentación del *Great Ormond Street Hospital for Children* (GOSH, 2018) coincide en gran parte con éstos criterios para la diagnosis de la anorexia infantil: a) pérdida de peso por negativa a comer; b) vómitos inducidos; c) abuso de laxantes, y/o exceso de ejercicios; d) pensamientos anormales respecto de la propia imagen y e) preocupación mórbida con respecto al peso y/o talla.

Se analizar los criterios diagnósticos expuestos por los autores ya citados se pueden observar diferencias y similitudes entre ellos. Dentro de las diferencias encontramos las edades de inicio de aparición de los síntomas, debido a que algunos autores consideran normal que niños de determinada edad no quieran comer. Las constantes coincidencias radican en dos importantes factores:

- 1) el notorio rechazo y resistencia a ingerir alimento por parte del infante y;
- 2) las dificultades en la relación con los padres que dicha conducta desencadena como angustia, preocupación y ansiedad.

Otro punto de convergencia que vale la pena analizar y cuestionar son los motivos y razones del niño que generan este rechazo a alimentarse y que empiezan a manifestarse desde los primeros años de la infancia, durante la cual, cualquiera podría sorprenderse respecto a la afirmación de que su negativa se deba al conflicto o angustia por su imagen corporal. Es evidente que no es ésta la causa... Entonces ¿a qué se debe?

Se puede comenzar por sondear la posibilidad de que se presente una evolución del “trastorno” conforme al crecimiento de los infantes, relacionado con la aparición del uso de las purgas, como una premisa preliminar. ¿Qué es lo que un bebé con un padecimiento de ésta envergadura está intentado decir mediante estas manifestaciones sintomáticas? El no comer es una

negativa a una necesidad básica e indispensable para el ser humano y el sostener este rechazo al alimento trae consigo graves afecciones orgánicas que podrían con mucha facilidad conducirlo a la muerte. Lo anterior deja lugar a otras preguntas más ¿Qué es realmente lo que éste pequeño ser rechaza? ¿El alimento o al que lo provee? ¿Qué tipo de relación se establece entre el infante, los padres y el alimentarse, para provocar tan dramática respuesta?

A modo de conclusión en este capítulo se puede observar que los Trastornos de la Conducta Alimentaria no discriminan en cuanto a edad y género. Hay fuertes indicios para sostener que con el paso del tiempo la aparición de los TCA en infantes se ha incrementado de forma importante y son pocas las investigaciones que se han realizado en este campo. Es imposible pensar que infantes empiecen a presentar preocupaciones por su alimentación, cuerpo e imagen. Las causas son otras y los porcentajes aumentan cada año de forma alarmante.

Asimismo no se puede negar que los manuales diagnósticos ofrecen la posibilidad de identificar a la problemática para dar oportuna y muy rápida atención a enfermedades de toda índole. ¿La construcción de una clasificación adecuada es lo que se necesita para comenzar a atender un grave problema de salud?

Por otro lado, pareciera que algunos allegados al tema piensan que el Trastorno de la Conducta Alimentaria no tiene un papel relevante en asuntos de salud pública, especialmente si los comparamos con otros padecimientos que de acuerdo con las estadísticas, indican un problema mayor como el sobrepeso y la obesidad. Entonces ¿por qué hablar de los TCA en una época donde una tercera parte de la población de niños y el 70% de los adultos (ENSANUT, 2012) sufre de sobrepeso y obesidad? Porque es hablar de la relación que se tiene con los alimentos. La epidemia de obesidad y sobrepeso solo son otra manifestación de como los sujetos se relacionan con el alimento.

Si bien es cierto que los síndromes “más graves” de los TCA se presentan en bajas proporciones en estudios realizados en algunas comunidades, las expresiones parciales o subclínicas de los mismos se encuentran mucho más extendidas. Éstas se han definido como Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). En dichas conductas se incluyen preocupación por la delgadez, atracones con sensación de falta de control, conductas alimentarias restrictivas como: práctica de dietas, ayunos, uso de laxantes, la práctica de ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar, y purgativas: uso de laxantes, diuréticos y vómito autoinducido, con el fin de reducir peso. Estas conductas son ampliamente difundidas como medidas para tratar la epidemia de obesidad y sobrepeso (Unikel y Caballero, 2010).

Todas las culturas han tenido siempre un ideal de belleza y vacían en ciertos rasgos, símbolos de belleza, distinción, salud, fortaleza o aptitudes especiales que transmiten a las personas de su territorio a través de múltiples discursos donde se les demanda cumplir ciertas reglas estéticas y de salud. Esto no significa que tenga algo de malo cuando del cuidado de sí mismo se trata, pero ¿en dónde se rompe esa delicada línea entre el cuidado a uno mismo, para dar inicio a un grave problema de salud? ¿Para qué tantas clasificaciones? ¿Solo se tratará de belleza? ¿Y qué pasa cuando se trata de un niño? Éstas y otras interrogantes motivan a descubrir cuán importante es el seguir abordando la problemática desde distintas perspectivas para poder aproximarnos al entendimiento y comprensión del trastorno.

¿No será que nos falta explorar otros ángulos de éste creciente padecimiento para encontrar otra perspectiva?



*“Para el psicoanálisis, el síntoma no es un trastorno, es una verdad silenciada  
que necesita ser escuchada”*

Agnes Aflalo

#### **4. El Psicoanálisis y Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Desde el discurso de la psicología y psiquiatría los estudios longitudinales y de seguimiento a largo plazo establecen un mal pronóstico de curación para la AN, dado que un alto porcentaje de pacientes mantienen las condiciones de restricción alimentaria y el peso muy bajo. (Díaz-Castrillón y Cruzat-Mandich, 2011). De igual modo, se ha podido observar que los TCA han ido en aumento en los últimos años, incrementándose el riesgo de aparición en adolescentes y en personas cada vez más jóvenes.

El abordaje de la psiquiatría-psicología como ya se expuso en el capítulo anterior está enfocado en la estadística, en las clasificaciones y en los diagnósticos. Sin embargo, aproximarnos a una lectura distinta que conduzca a abordar de otra forma en los manuales diagnósticos de enfermedades mentales.

##### **4.1 ¿Por qué se introduce la perspectiva Psicoanalítica en la clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?**

El enfoque psicoanalítico puede arrojar nuevas luces en la búsqueda de distintas lecturas respecto a los nombrados TCA, ya que los y hay varios elementos que se deben considerar en su estudio, desde el discurso del sujeto sobre el propio cuerpo, la relación madre-hija(o)/ padre-hija(o)

en relación a la oralidad y la imagen corporal, la dinámica familiar y su relación con la alimentación como antecedente del proceso Edípico y la identidad, la demanda del Otro en la alimentación y la imagen corporal, etc.

Muchas manifestaciones de los nombrados TCA van más allá de la negativa a comer y resulta en muchos casos que el sujeto no considera sentirse enfermo, al contrario, dice experimentar una gran vitalidad y ser una persona con mucha fuerza física. Lasegue (Grosser-Guillen, 2010) comenta a éste respecto: “*no solamente no suspira por la curación sino que se complace de su condición a pesar de todas las contradicciones que suscita*” y sumado a todo esto, se ve involucrada la familia “*quienes le demandan que coma como prueba de afecto y a quienes ella exhibe su cuerpo*”.

Es en estos casos donde surgen numerosas cuestiones que abren la posibilidad de replantearnos el estudio de los TCA desde una perspectiva que cuestione el porqué de las manifestaciones sintomáticas del trastorno, el mismo origen del síntoma. Aquí es oportuno preguntar: ¿Cuál es el preciso factor que está trastornado? ¿Realmente es la alimentación? Si esto fuera el centro del trastorno ¿entonces su tratamiento consiste en modificar los patrones de alimentación? ¿O simplemente nos hemos enfrentado a un extremo estado de terquedad, obstinación por estar mal o una fuerte voluntad?

Si nos guiamos desde el discurso psiquiátrico y psicológico, los TCA se dirigen a hablar de un problema en la conducta alimentaria donde se presenta una serie síntomas que se manifiestan por episodios los cuales causan disfunciones en diferentes planos y afectan la salud del sujeto. Desde esta perspectiva, podría entenderse que en los ámbitos de la alimentación no se esperan éste tipo de conductas y como no es “normal” o “esperado”, se le designa el título de que es un “trastorno” o esta “trastornado” convirtiendo al sujeto en un *paciente*, una persona que padece.

Pareciera ser, y como se ha venido desglosando a lo largo de este trabajo, que la cura para este “*paciente*” reside en modificar y/o eliminar a toda costa estas conductas alteradas y reinsertarlo en la vida cotidiana, llevarlo a la normalidad.

La estructura misma del Psicoanálisis brinda la posibilidad de que, más allá de los síntomas psico-médicos, el sujeto se cuestione, haga consciencia y se reapropie de los significados sobre su malestar responsabilizándose del proceso terapéutico.

Esta perspectiva abre una vía para que la realidad corporal pueda expresar la ansiedad resultante de lo doloroso y desconocido, en el ámbito del lenguaje permitiendo la reflexión y la subjetivación de éstos procesos. Hacer de la patología una herramienta de subjetividad en el trabajo terapéutico y no un significante que encasille al sujeto definiendo y delimitando su propia identidad.

El síntoma es una metáfora, además una metáfora única y particular para cada sujeto, y para quien lo padece es un verdadero enigma, porque no se conoce en qué consiste la sustitución y desconocemos las significaciones que se encuentran encriptadas, donde el único acceso para descifrar dicha significación será a partir de las asociaciones. Sin embargo, aunque el síntoma se desconoce, éste se manifiesta tanto en el cuerpo como en el lenguaje.

Ésta gran complejidad del síntoma que incluye una satisfacción que inevitablemente conduce al enfermo al sufrimiento. Aflalo (2015) explica que el tratamiento para este síntoma es un procedimiento dialéctico que utiliza como principal vehículo a las palabras, aproximándose a las dolorosas verdades sin que el sujeto se dé cuenta de ello. De tal forma, se deben considerar esos dos factores del síntoma: el lenguaje y el goce, ya que son éstos los que van a permitir al sujeto leer su historia y hacerla suya de nuevo.

Grosser-Guillen (2010) afirma: *“para que el síntoma anoréxico sea tratable, es necesario que se interrogue a quien lo padece, es necesario que moleste, que estorbe, que no satisfaga, que sea insuficiente, es necesario pasar de la afirmación: “todos dicen que estás mal”, a la pregunta: “¿Y vos cómo te sentís?”*. Y es muy probable que el paciente no hable de su mal-estar con la comida, hablará de su insatisfacción, de sus temores y demandas a sí mismo y las que el mundo que le rodea le impone, de la soledad que siente.

Es por eso que si en la práctica clínica los especialistas solo se inclinan a realizar un interrogatorio y centrarse en lo “absurdo” de la manifestación sintomática, no encontrarán respuestas. Al interrogar al sujeto por la causa, con facilidad se puede encontrar que él también ignora el sentido del síntoma, ignorancia que, a decir verdad, no es del todo cierta, pero de momento, simplemente ha perdido la conexión.

¿Se podrá hacer uso del psicoanálisis para comprender qué sucede con este síntoma si nos concentramos en los TCA en los infantes? Para dar respuesta a esta pregunta es importante recordar que el psicoanálisis nace como una técnica psicoterapéutica, orientada a tratar las neurosis, directamente conectadas con la historia de vida del sujeto, con los traumas y heridas que van aconteciendo desde su infancia, momento en el que el ser humano vive inmerso en los microsistemas familiar y escolar, y de los que van a depender en buena medida el ajuste o desajuste en su desarrollo como adulto.

El psicoanálisis es un herramienta de análisis muy útil en el área infantil, tanto en la teoría como en la práctica clínica, pues es en esta etapa del desarrollo donde se favorecerán los procesos de desarrollo en beneficio del sujeto y su bienestar y se empezarán a conocer los influjos de los climas emocionales en el desarrollo del niño y del adolescente, se advierte sobre la influencia de

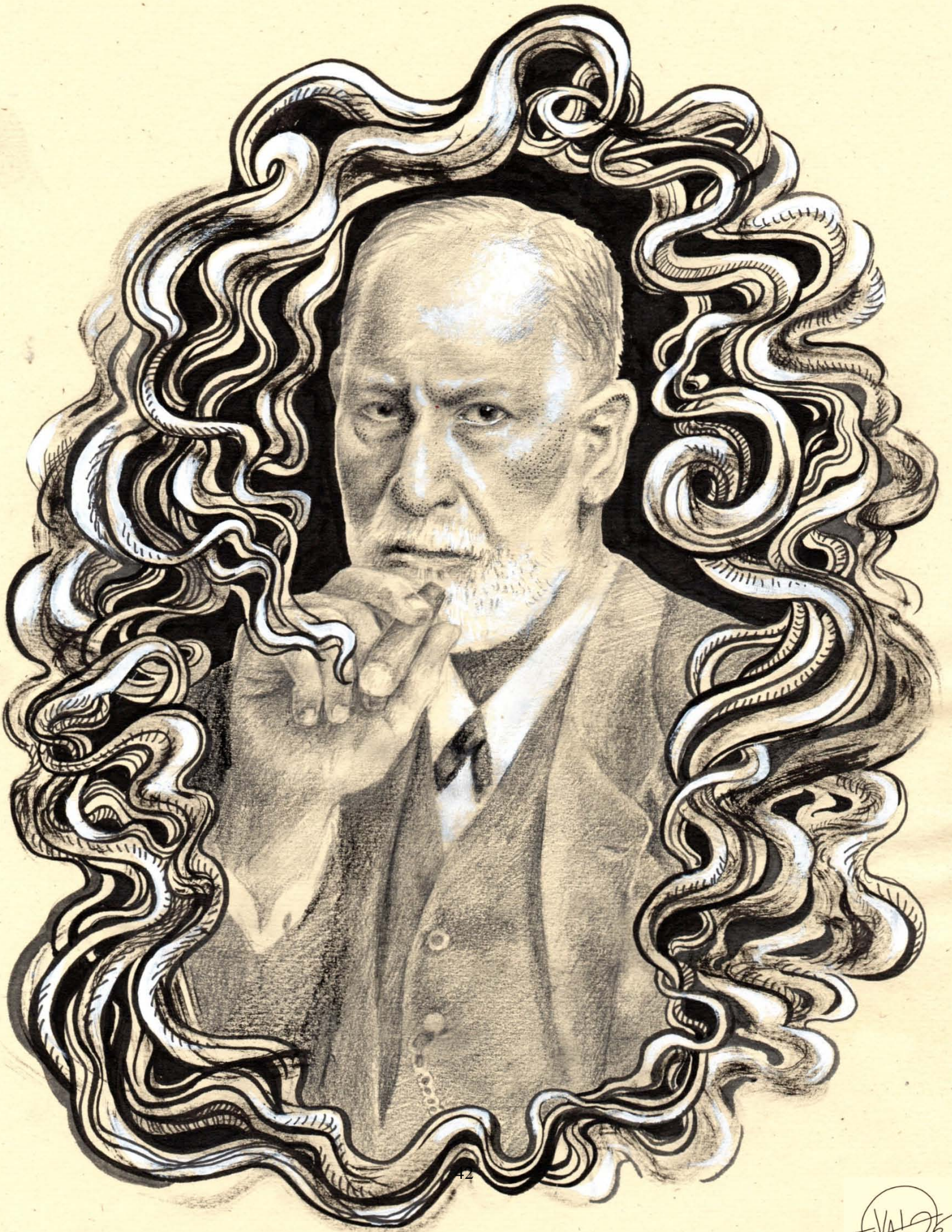
la represión en la formación de las estructuras neuróticas y el daño que pueden causar a los niños en el proceso de su desarrollo (Palomero- Pescador, 2005).

El síntoma que se manifiesta es una mera representación de conflictos emocionales inconscientes, mismos que no tienen una correspondencia temporal evolutiva. Esto quiere decir, que al hablar de un síntoma hacemos referencia a una represión inconsciente, la cual es atemporal por lo que no corresponde a la edad cronológica de los sujetos. Es por eso que al hablar del inconsciente no existe problema para abordarlo, ya sea en la infancia o en la etapa adulta.

#### **4.2 Aportaciones teóricas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Una de las primeras interrogantes que aparecen durante un análisis psicoanalítico respecto a los TCA, es si estos se constituyen como síntoma asociado a algunas estructuras neuróticas como la histeria, incluso algunas estructuras psicóticas o perversas, o si es un trastorno por sí mismo que plantea “a su manera” la cuestión del deseo. Distintos autores y escuelas psicoanalíticas señalan que los TCA tienen origen en ciertas interferencias o alteraciones durante el proceso de individualización- separación. Esa pregunta es fundamental para asumir una perspectiva desde la cual trabajar (Chemama, 1996).

En este trabajo se expondrán las aportaciones teóricas de tres psicoanalistas: Sigmund Freud, Melanie Klein y Françoise Dolto. Cada uno de estos autores se orienta hacia una perspectiva muy singular que brindan una amplia gama de planteamientos teóricos para la comprensión de los nombrados TCA.



#### 4.2.1 Sigmund Freud. La etapa oral y la histeria

*“No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de una anorexia histérica.”*

Sigmund Freud

Dentro de las vastas aportaciones de Sigmund Freud, una de las más reconocidas es la del Desarrollo Psicosexual. Freud indica que el aparato psíquico humano tiene como una de sus principales funciones la de tramitar sensaciones; para ello hace una comparativa de registros de sensaciones pasadas con el fin de poder procesar las sensaciones novedosas. El *principio del placer* se fundamenta en el principio de inercia, por lo que cualquier estímulo que se traduzca como sensación es una perturbación para la psique y como respuesta, buscará restablecer el estado anterior: una homeostasis. Esta sensación de displacer, tiene que ver con un incremento del estímulo y el de placer, con su disminución.

En *“Pulsión y destinos de pulsión”* (1915), se introduce el concepto de pulsión y marca la diferencia entre estímulos fisiológicos y los pulsionales. Los estímulos fisiológicos proceden del exterior actuando como una fuerza de choque instantánea donde el organismo puede evitarlos por medio de una acción. Los estímulos pulsionales provienen del interior del organismo, son un estímulo para el orden de lo psíquico y actúan como una fuerza constante, la cual no termina y el organismo no puede evitar. Y sostiene: *“las necesidades plantean exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso y lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga a la fuente interior del estímulo.”*

Freud (1992/1915) propone como primera definición de pulsión lo siguiente: “*nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal*”.

Laplanche y Pontails (2004) definen *pulsión* como un proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión) y su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional. Y así, gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin.

El desarrollo del aparato psíquico se sustenta en la continua búsqueda de satisfacción de las pulsiones como medio de supervivencia del sujeto. Los instintos de conservación o supervivencia tienen como fin la satisfacción de una necesidad cuyo aplazamiento puede amenazar la supervivencia. Por su parte, los instintos sexuales tienen como fin el alcance del placer y solo a partir de la pubertad, con su madurez, estarán ligados a un fin reproductivo. Plantea que el quehacer sexual se apuntala primero en una de sus funciones que sirven a la conservación de la vida y solo más tarde se independiza de ella (Freud, 1915/1992). Es por ello que el placer experimentado al satisfacer una necesidad de supervivencia esta derivado en la estimulación de una zona erógena implicada. Esta satisfacción simultánea de los dos tipos de instintos se debe al fenómeno de apuntalamiento de los instintos sexuales sobre los instintos de conservación.

Es importante tomar en cuenta que en los primeros niveles del desarrollo psicosexual, la sexualidad aún no se encuentra al servicio de la reproducción sino al alcance de sensaciones placenteras. Estas se encuentran ligadas a ciertos órganos o zonas, sin que inicialmente, las sensaciones y los órganos estén conectados entre sí. Este predominio de una de estas zonas sobre



las demás, sin que estén conectadas entre sí, es lo que Freud denominó *desarrollo de la organización sexual*.

El *desarrollo de la organización sexual o desarrollo psicosexual* está dividido en cinco etapas: oral, anal, fálica, latente y genital. Se entiende que la libido se va ir desplazando en diversas zonas del cuerpo, que colaboran con el desarrollo del sujeto.

En la *etapa oral*, la cual se presenta en el primer año de vida del infante, la boca se vuelve el órgano dominante encargado de brindar conocimiento del entorno al sujeto y es la principal fuente de placer. Freud (1923/1992) menciona “*como primer estadio de organización (pregenital) puede discernirse al estadio oral, en el cual, de acuerdo con el principal interés del lactante, la zona de la boca desempeña el papel cardinal*”

En la *etapa anal*, que se presenta en el segundo y tercer año, el interés en el niño se centra en la región anal y el control de esfínteres, siendo esta una zona importante para las relaciones con la madre y el padre, y una fuente de sensaciones placenteras. Freud (1923/1992) describe en esta fase: “*Le sigue la organización sádico-anal, en la cual la pulsión parcial del sadismo y la zona del ano se destacan particularmente; la diferencia entre los sexos es subrogada aquí por la oposición entre activo y pasivo.*”

Durante la *etapa fálica*, que se da de los cuatro a los seis años, el interés del infante se centra en el contacto y manipulación de los genitales y la satisfacción autoerótica.

En la *etapa de latencia*, se presenta de los seis hasta los doce años, en donde los mecanismos de defensa, en este caso la sublimación, la cual permiten una transformación de la libido. La libido es como un sustrato de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto (desplazamiento de las energías psíquicas), en cuanto al fin (por ejemplo, sublimación) y

en cuanto a la fuente de la excitación sexual (diversidad de las zonas erógenas) (Laplanche y Pontails, 2004). En esta etapa, la pulsión al ser sublimada, es convertida hacia un nuevo fin no sexual y apunta hacia objetos socialmente valorados. Si la sexualidad se sublima, se transformará en la edad adulta en afecto o en diferentes obras de creación humana. Si se reprime, quedará inhibida, favoreciendo la aparición de síntomas y problemas psicossomáticos.

Por último, en la *fase genital*, de los diez a los doce años, en este momento el sistema hormonal empieza a ser sometido a cambios dando como resultado el inicio de la pubertad. Freud (1923/1992) añade: *“El tercer estadio de organización, y el definitivo, es la conjugación de la mayoría de las pulsiones parciales bajo el primado de las zonas genitales. Este desarrollo transcurre por lo general de manera rápida e inadvertida*

A lo largo de todo este proceso, se está produciendo un desplazamiento libidinal por las diversas fuentes y objetos ya señalados, en los cuales se pueden presentar obstáculos que dificulten el paso a las etapas subsecuentes. Si el infante no tiene la oportunidad de tener un desarrollo adecuado en cada una de las etapas puede presentar fijaciones, persistiendo de forma anacrónica intereses y actividades que ya tenían que estar superadas, con repercusiones en la formación de la personalidad. Freud (1923/1992) menciona: *“partes singulares de las pulsiones se quedan detenidas en los estadios previos al resultado final y, así, proporcionan las fijaciones de la libido; éstas, en calidad de disposiciones, revisten importancia para ulteriores estallidos de aspiraciones reprimidas y mantienen una determinada relación con el desarrollo de ulteriores neurosis y perversiones”*. Un hecho es que parte de la estructuración de la personalidad queda conformada por estas fijaciones y por las eventuales regresiones a los puntos de fijación.

Recordemos que Freud sostiene que la primera organización sexual pregenital es la oral donde el objeto de la actividad es la incorporación del objeto a través de la identificación. Por otra

parte, Karl Abraham (1926) explica que existen ciertos elementos de la sexualidad infantil que tienen influencia en la formación del carácter de cada sujeto. Es en la etapa oral donde realmente se constituye la formación del carácter. Si la necesidad del infante no fue satisfecha o por el contrario, fue excesivamente satisfecha, el placer de morder como una forma primitiva de sadismo se enfatiza. Se observa que existen sujetos que no tuvieron un período de lactancia satisfactorio y que eso trae como consecuencia efectos negativos de por vida. Abraham los describe como gente que parece siempre estar pidiendo algo y hacen pocas solicitudes y demandas asertivas. Existen algunos casos donde se manifiesta un apetito morbido intenso y la inclinación a diversos tipos de perversion oral y a vomitar después de haber comido. Y señaló: *"el rechazo de los alimentos no es necesariamente una represión de la necesidad de comer, pero sí lo es que un alimento específico podría ser rechazado obstinadamente ya que no es el deseado"* (Falzeder, 2002).

Meltzer (1974) indica: *"La organización oral estaba dirigida por la boca, con su objeto de ligazón, el pecho materno, en la realidad o en la fantasía. Su preocupación era introyectiva, esto es, incorporar el alimento y su equivalente psicológico, el amor."* Tal vez la carencia de afecto y tranquilidad por parte de esta figura materna tenga repercusiones importantes en la construcción de la personalidad del sujeto, y en este caso, con la relación a los alimentos. Es aquí donde Freud postula que la anorexia es una manifestación de la neurosis histérica.

¿Cómo se le define a la neurosis histérica? Antes que nada hay que analizar qué es una neurosis, para esto Laplanche y Pontails (2004) la definen como: *"Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa."* Este término fue introducido por el médico escocés William Cullen, en el tratado de medicina *First Lines of the Practice of Physics* en 1777. Su segunda obra titulada *Neurosis or Nervous Diseases*, trata de las

enfermedades mentales o “*vesanias*”, que también abarca temáticas como la dispepsia –trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia–, las palpitaciones cardíacas, el cólico, la hipocondría y la histeria.

Durante el siglo XIX se denominaban neurosis a toda una serie de afecciones que se caracterizaban como:

- a) Conocimiento preciso de una localización orgánica o se le supone una localización en el caso de la histeria y de la hipocondría;
- b) Afecciones funcionales, donde no se presenta ninguna lesión en la estructura del órgano en cuestión;
- c) Se consideran como enfermedades del Sistema Nervioso. Al parecer, la noción de neurosis en el siglo XIX debe relacionarse con los conceptos modernos de afección psicósomática y de neurosis de órgano.

Pero, desde el punto de vista nosológico, el término incluiría afecciones que hoy en día se reparten en los tres campos de la *neurosis*; por ejemplo, en lo *psicósomático*, la *histeria*, como es el caso de la neurastenia –neurosis que se caracteriza por fuertes síntomas depresivos, tendencia a la tristeza y gran inestabilidad emotiva–, afecciones digestivas y de la *neurología*, como la epilepsia y la enfermedad de Parkinson (Laplanche y Pontails, 2004). Freud en su escrito “*La etiología de la histeria*” (1896/1991) menciona que Charcot describió que el estallido de la histeria se reduce a un conflicto psíquico en la cual una representación inconciliable pone movimiento a la defensa del yo por medio de la represión. A partir de dicho concepto Freud añadió: “*la defensa alcanza ese propósito suyo de esforzar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona en cuestión, hasta ese momento sana, están presentes unas escenas sexuales*

*infantiles como recuerdos inconscientes, y cuando la representación que se ha de reprimir puede entrar en un nexo lógico o asociativo con una de tales vivencias infantiles”.*

Freud menciona que la anorexia y la voracidad son síntomas asociados a la neurosis histérica, bajo la premisa que en las alteración de la alimentación se devela un conflicto con la figura de la madre.

Freud, dentro de su obra *“Publicaciones pre-psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud”* (1886-1899/1992), construye el texto *“Un caso de curación por hipnosis y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por ‘voluntad contraria’* (1892/1992) donde plantea el caso de una mujer que es madre, quien fue incapaz de amamantar a su hijo recién nacido antes de que interviniera la sugestión hipnótica, mismo caso que había ocurrido con su hijo anterior y continuó para su tercer embarazo. Freud comenta: *“La leche no era abundante, le causaba dolores poner el niño al pecho, se mostraba inapetente, le sobrevino una peligrosa repugnancia a alimentarse, pasaba las noches excitada e insomne; y para no poner en peligro a madre e hijo, tras catorce días se dio por fracasado el intento y el niño fue entregado a una nodriza, con lo cual desaparecieron rápidamente todas las pesadumbres de la madre.”* Al momento de tener al segundo hijo la joven madre vomitaba todo alimento, se encontraba constantemente en un estado de irritación cuando le traían a su bebé a la cama, tenía insomnio *“desazonada por su ineptitud”*. Freud señala que la paciente no tenía fama de nerviosa, por lo que tuvo que definirla como histérica ocasional. Si bien Freud conceptualiza el síntoma de esta paciente como histérico, lo articula con *“representaciones penosas contrastantes”* o disociación de la conciencia. Lo histérico surge cuando se ejecuta el designio, esta representación contrastante inhibida se objetiva, por vía de la inervación corporal, con la misma facilidad con que en el estado normal lo hace la representación de la voluntad. La representación contrastante se establece, como

voluntad contraria. En el caso de la paciente de Freud, encontraremos reunidas en la misma persona, tanto la “voluntad” de comer como la voluntad contraria. En casos presentados en los últimos tiempos, estas “voluntades” suelen aparecer ubicadas en diferentes personajes: por un lado la familia, por el otro la “anoréxica” (Sauval, 2011).

En los “*Fragmentos de correspondencia con Fliess*” (Freud, 1892/1992) hace una referencia con mayor precisión acerca de la *anorexia nerviosa* y la define como una neurosis alimentaria paralela a la melancolía. Éste padecimiento lo vio en jóvenes e indicó como la melancolía se daba en presencia de sexualidad no desarrollada. Y continúa describiendo: “*la enferma indicaba no haber comido simplemente porque no tenía apetito, nada más que eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de libido. Por eso, no estaría mal partir de esta idea: La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido.*”

Podemos observar que Freud hace alusión a la anorexia como un cuadro clínico relacionado a la alimentación en estrecha relación a un estancamiento de la sexualidad y pérdida de la libido. Es interesante como plantea que el problema va más allá de las fallas con respecto a la alimentación y que se encuentran en exacta correspondencia con el desarrollo de la libido, colocando a la alimentación como el duelo perfecto por la pérdida del objeto que es la sexualidad.

La melancolía no corresponde a la pérdida de cualquier objeto, sino de una pérdida producida dentro de la vida pulsional. En éste duelo por la pérdida de la libido, la anorexia se constituye como el duelo por la pérdida de todos los apetitos.

Por lo anterior, la naturaleza del apetito en la anorexia tendría que ser pulsional. Se podría decir que se trata de un objeto de la pulsión “alimentaria”, la neurosis alimentaria (Sauval, 2001). En ese entonces aún no se había desarrollado la teoría de la libido, pero se empieza a vislumbrar

el objeto pulsional oral. Los objetos pulsionales serán definidos a partir de la noción de objeto perdido por lo que surge la pregunta ¿Cómo se puede pensar la pérdida de apetito y que ésta esté relacionada a la vez con una pérdida primordial?

En “*Estudios sobre la histeria*” (Breuer y Freud, 1893-1895/1992) existen varias referencias a los síntomas relacionados con la pérdida de apetito y el asco. En el historial clínico de Anna O, Breuer describe cómo la condición de Anna empeoraba al grado de llegar a un estado de anemia, debilidad y asco hacia los alimentos. “*Si ya antes había tomado mínimas porciones de alimento, ahora se rehusaba por completo a comer [...] sin que los primeros días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado alguno, con repetidos intentos de suicidio [...] El constante sentimiento de angustia la estorbaba al comer y poco a poco le produjo un asco intenso.*” Si bien, esta referencia no alude a la anorexia como tal, se trata de descripciones de síntomas que están relacionados con la alimentación. Incluso va más allá, habla de la alimentación que se detiene por la angustia.

Otro ejemplo, es el caso clínico de Emmy Von N (Breuer y Freud, 1893-1895/1992) en el cual Freud realiza una descripción muy detallada en relación al problema de alimentación de ésta paciente: “*la sorprendí arrojando algo envuelto en papel al jardín [...] confesó que era su pastel (seco)[...] Esto me movió a considerar los restos de los otros platos, y hallé que de ellos sobraba más de lo que podía haber comido. Interpelada por su poco comer, respondió que no estaba acostumbrada a tomar más, y aun le haría daño; sostuvo tener la misma naturaleza, que su difunto padre, quien igualmente había sido de poco comer.*” Aquí se menciona una anorexia y las particularidades del proceder de la paciente respecto a la cuestión alimentaria, de los puntos más sobresalientes son las elaboradas justificaciones para evitar comer, incluso su último recurso es recurrir a su historia, pero hablando de ella como una “herencia” de la cual ella no puede nada.

Freud intentó utilizar la hipnosis para poder tratar este caso, sin embargo, la primera vez fracasó, en su escrito comenta: “*renuncié a la hipnosis y dije que le daba veinticuatro horas para que reflexionara hasta admitir el punto de vista de que sus dolores de estómago sólo se debían a su miedo [...]*”. Después de las veinticuatro horas Freud encontró a la paciente “*humilde y dócil*”, aceptando la hipnosis, en la cual se desarrolló una serie de escenas que articulaban su síntoma de “poco comer” y con el síntoma de no poder beber agua. Emmy mencionó que de niña “*solía comportarse mal en la mesa y no quería comer el plato de carne*”. La madre la castigaba con severidad haciendo que comiera dos horas después el plato de carne fría. Dado que la carne se había enfriado y la grasa se volvía rígida, esto le causaba un enorme asco. Y afirma: “*cuando ahora me siento a la mesa, siempre veo frente a mí el plato con la carne y la grasa frías*”.

Con respecto al asco por el agua, estaba relacionado con su hermano militar quien se encontraba muy enfermo y ella debía cuidar de él. Sin embargo, el miedo del contagio siempre estuvo presente pero ella decidía comer a su lado para que los demás no se percataran de que estaba enfermo. Tiempo después, cuidó de su hermano menor, quien también estaba enfermo de los pulmones y salivaba siempre sobre la mesa y también solía escupir encima de los platos, causándole horror y asco profundos, pero ella nunca quiso demostrarlo para no ofenderlo. Cada vez que comía en la mesa, la salivación estaba ahí y por eso siempre comía con muchísimo asco.

Freud concluye que con la exploración hipnótica se generó de inmediato y de forma duradera el efecto terapéutico. Emmy Von N no pudo obtener gusto alguno de comer porque según explica Freud, ese acto está en ella enlazado a antiguos recuerdos de asco. Sin embargo, explica que ésta representación de afecto no tramitado, padece siempre de cierto grado de inaccesibilidad asociativa, inconciliable con nuevas investiduras. Dadas éstas premisas se puede concluir que es éste el mecanismo que opera en ciertas abulias, entendiendo éstas como una



parálisis psíquica muy especializada, similar a lo que ocurre en las parálisis histéricas (Freud, 1893/1992). Es así como en éste estudio se encuentran las primeras referencias al síntoma de varias anorexias, con un especial énfasis en la explicación de la relación con la comida como una clara interferencia de recuerdos del pasado que producirían el asco a alimentarse, debido a la gran falta de afecto, carga que aún no se ha logrado aminorar en la vida adulta de la paciente.

Continuando con otros casos de Freud, se encuentra “*El hombre de los lobos*” (1918/1992) en el que se explora a profundidad la pulsión oral, vinculada a un período de perturbación en el comer que Serguéi Pankéyev (nombrado por Freud como el “Hombre de los lobos”) vivió en su niñez. Si bien, el caso del Hombre de los Lobos no corresponde a la anorexia o la bulimia, este se trata de un caso de neurosis, donde se desarrolló zoofobia y trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, en él se plantea cómo el desarrollo sexual del paciente está relacionado con la alimentación que tenía cuando niño. Freud indica que las perturbaciones en el comer, al igual que la fobia a los lobos y la santurronería excesiva, arrojan la serie completa de enfermedades que se dieron en la infancia generando la predisposición “*al quebrantamiento neurótico de los años posteriores a la pubertad*” (Freud, 1918/1992). A partir de esto, Freud sostuvo que toda neurosis de un adulto se edifica sobre una neurosis de la infancia pero en éste caso, dicha neurosis no fue suficientemente intensa o llamativa para enfocarse en ella y ser tratada como tal.

Freud plantea un panorama del desarrollo sexual del paciente. Los indicios más tempranos fueron la relación de una perturbación del placer/ganas de comer. Y expresa: “*Me he visto precisado a considerar como la primera organización sexual reconocible, la llamada canibálica oral, en la que aún domina la escena del originario apuntalamiento de la excitación sexual en la pulsión de nutrición*” (Freud, 1918/1992). No se podían esperar exteriorizaciones directas de la fase canibálica, pero si se encontraron indicios de perturbaciones en ella. Cuando se produce un

deterioro en la pulsión de nutrición, esto señala que el organismo no ha conseguido un dominio sobre la excitación sexual. Es interesante resaltar en éste caso que el Hombre de los lobos no quería comer sino cosas dulces, siendo los caramelos una manera de sustituir la satisfacción sexual. Si se observa desde la perspectiva lingüística, se recogieron aspectos de esta fase oral haciendo referencia a un objeto de amor apetitoso, coloquialmente referido como “dulce”.

Si bien es cierto que en los otros casos están presentes factores como el asco y la repugnancia, acompañados por la insistencia al rechazo del paciente y la insistencia a la ingesta por parte del médico y de su familia, se instaura un conflicto al aparato psíquico en el que florece la impotencia. En el Hombre de los Lobos, el rechazo queda expresado en el momento que no quiere comer sino golosinas. Su familia le comenta, a manera de advertencia o precaución, que un tío suyo también se había rehusado a comer y por eso murió joven de consunción. Posteriormente se entera de que a la edad de tres meses él había enfermado de gravedad a tal grado que la familia ya le tenía lista la mortaja. Ésta revelación logró causarle tal angustia que se le atribuye el hecho de que volviera a comer. En años posteriores esta angustia lo llevó a exagerar esa obligación para así protegerse de la muerte que lo “amenazaba” constantemente. La angustia de morir, que en ese tiempo habían provocado para protegerlo, resurgió cuando la madre le hizo advertencias sobre la disentería y más tarde, provocó un ataque de neurosis obsesiva.

Se considera muy importante tocar un tema que podría llegar a considerarse contradictorio. Si bien, la anorexia es un padecimiento que tuvo relevancia dentro de las obras de Freud, fue en su escrito *“Sobre psicoterapia”* (1905/1992) donde vuelve a aparecer pero esta vez en relación al “método psicoanalítico”. Cito: *“No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de una anorexia histérica.”* El mismo Freud afirma: *“Ahora tendrán ustedes la impresión de que el campo de aplicación de la psicoterapia*

*analítica es muy restringido, pues en verdad no han escuchado de mí sino contraindicaciones.”*

Por ello puede tener relevancia el analizarlo partiendo de otra postura: los límites de aplicabilidad de un método.

Freud enumera en su texto *“El método psicoanalítico de Freud” (1904/1992)*, una serie de requisitos del estado psíquico del paciente para someterse a análisis, indicando entre ellos que se debe poseer un *“estado psíquico normal”*, cierto grado de inteligencia natural (lo que sea que eso signifique) y desarrollo ético, entre otros numerosos requisitos.

El psicoanálisis es de gran utilidad como herramienta de análisis y estudio, útiles para el quehacer de la clínica. La utilidad del psicoanálisis para llegar al núcleo del síntoma es notoria, pero toma su tiempo y es un tiempo definido por cada sujeto. Por otra parte, los médicos y especialistas siempre se inclinarán por la supresión rápida de la sintomatología ya que consideran saber qué es lo más conveniente para la salud del paciente, pues se deduce que la presencia de *“los fenómenos es peligrosa”*. Sin embargo, no lo es tanto. Si se lee desde esta perspectiva, es posible que no solo se trate del peligro de los síntomas hablando en términos médicos, sino de la demanda, entendiendo que no toda demanda puede tomar la forma adecuada al método, por eso la importancia del abordaje caso por caso. Sauval (2011) sostiene: *“Una “anoréxica” sin síntomas físicos graves podría ser, eventualmente, más inabordable para el psicoanálisis que otra “anoréxica” eventualmente al borde de la muerte. No es la distancia a la muerte, medida en términos médicos, el parámetro que debería guiarnos, sino las modalidades que presente el discurso en cada caso”*.

A manera de conclusión de este apartado con énfasis en la perspectiva psicoanalítica, podemos observar que es Freud quien empieza con el estudio de la anorexia como síntoma

histórico. A partir de esto, se relaciona la histeria a la anorexia, como consecuencia de la neurosis con origen en la infancia. Podemos notar la sexualización de la alimentación por fijación al erotismo oral, estableciendo una relación entre la sensibilidad erógena de la boca-labios-lengua y los problemas de la succión que dependen de ésta, relacionados con la represión del apetito. Al final, Freud describió el rechazo alimentario como una fuerza destinada a obstaculizar las pulsiones sexuales. Es con este aporte donde Abraham (1925) profundiza la descripción del estadio oral-canibalístico y propone que la actividad sexual está fusionada con la ingesta alimentaria y toda la fantasía de incorporar a ésta, a la figura materna.

De igual modo, al analizar los múltiples casos descritos por Freud, podemos sustraer de ellos que gran parte de la formación del síntoma tiene su origen en la infancia con manifestaciones en la adolescencia y que existe una relación negativa hacia todo lo que involucre la alimentación. Se agrega a lo anterior el hecho de que se puede vislumbrar que involucra síntomas que reflejan la relación incorporar-destruir, en este caso, a la figura materna. Por lo que coloca el acento en la relación precoz madre-hija.



#### **4.2.2 Melanie Klein. Alimentación y vínculo afectivo madre-hijo como fundamento de la constitución psíquica**

*“[...] la añoranza del bebé por un pecho inagotable y siempre presente de ninguna manera surge sólo del intenso deseo de comida [...]”*

Melanie Klein

Indudablemente, es importante hablar de las aportaciones teorías de Melanie Klein, en el campo del psicoanálisis infantil. Dentro de esta teoría se encuentra la del Modelo del Aparato Psíquico.

Este modelo empieza con la introducción del concepto de fantasía inconsciente. Si bien éste concepto es introducido primero por Freud es Klein quien lo amplía para dar explicación a la expresión mental de los impulsos instintivos (buscadores-de-objetos) que surgen desde que se inicia la vida.

Desde el nacimiento se establecen relaciones objétales primitivas de dos tipos: de la fantasía y en la realidad. La fantasía es una unión de experiencias reales y la interacción que se da con ellas. Las fantasías inconscientes están presentes y siempre activas en todo sujeto (Segal, 1982). Un ejemplo es el deseo de comer, a esta acción le corresponde la fantasía de algo que es comestible que satisfaga esa necesidad: el pecho.

La fantasía inconsciente acompaña y expresa al impulso instintivo. Siguiendo con el ejemplo del bebé, cuando este está somnoliento, mueve la boca con expresión placentera y hace ruidos de succión o se chupa los dedos. Fantasea que está realmente succionando el pecho y se

duerme con la fantasía de tener el-pecho-queda- leche realmente dentro de sí. Y en forma similar, el bebé hambriento, furioso, que grita y patalea, fantasea que está realmente atacando al pecho ¿Cómo? desgarrándolo y destruyéndolo, y vive la experiencia de sus propios gritos que lo desgarran y lastiman, al igual que aquel pecho desgarrado atacándolo en su propio interior. Por lo que Segal (1982) continúa explicando que el aparato mental se asocia al instinto vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él. Por lo tanto, para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente. Desde el nacimiento, el bebé se va a enfrentar con el impacto de la realidad que comienza con la experiencia del nacimiento y continuará con un sinnúmero de experiencias de gratificación y frustración de sus deseos

Klein (1936) menciona: *“En el fantasma, el niño succiona el pecho hacia su interior, lo mastica y lo traga; de este modo siente que en realidad lo tiene, que posee en su interior el pecho de la madre, con sus aspectos buenos y malos.”*

El crear fantasías es una función del Yo en la medida en que desde el nacimiento el Yo es capaz de establecer a partir de los instintos y la ansiedad relaciones objéctales primitivas, tanto en la realidad como en la fantasía. Todas estas experiencias con la realidad influyen en las fantasías inconscientes. La fantasía va más allá de una fuga de la realidad, de igual modo estas se encuentran en constante interacción con las experiencias reales.

Un ejemplo de cómo las fantasías influyen en la reacción ante la realidad es cuando el bebé irritado por el tener hambre en vez de aceptar el pecho, se aparta de él y no quiere mamar. En este caso, el bebé puede haber hecho la fantasía de que ataca y destruye al pecho, volviéndose este un pecho malo. Por eso, en el momento en el que mama, como reaparece el pecho externo real ya no lo siente como un pecho bueno que lo alimenta, sino que su fantasía distorsiona esta imagen. Esta fantasía puede persistir en el inconsciente de los niños e incluso de los adultos, causando

dificultades en la alimentación. En algunos casos, aunque se pueda percibir y observar correctamente la realidad, la secuencia causal que se atribuye a los acontecimientos está determinada por fantasías inconscientes.

Es así como la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad. Sin embargo, también la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente. Por lo que la experiencia se incorpora y ejerce fuerte influencia sobre la fantasía inconsciente misma. Por ejemplo, cuando el bebé empieza a sentir hambre y trata de sobreponerse mediante la alucinación omnipotente de poseer el pecho bueno que lo amamanta, la situación será distinta si se le da de mamar pronto a si se le deja con hambre por más tiempo. En el primer caso, la fantasía del pecho que él tiene se funde con el pecho real y la respuesta para con este objeto bueno será de bondad. En el segundo caso, se sentirá invadido por el hambre y la ira, es en su fantasía donde crecerá la experiencia de un objeto malo, dando como resultado que su propia ira le parezca más poderosa que su amor y el objeto malo es más fuerte que el bueno.

Esta relación entre la fantasía inconsciente y la realidad externa debe tomarse muy en cuenta cuando se quiere evaluar la importancia del ambiente y el impacto que tiene en el desarrollo del infante. El ambiente es elemento muy importante en la infancia y tiene efectos significativos en cada sujeto. La importancia del factor ambiente solo se puede evaluar a partir de cómo el bebé le interpreta en función de sus propios instintos y fantasías. Esto no quiere decir que un ambiente que podría catalogarse como bueno eliminara la aparición de ansiedades y fantasías persecutorias y agresivas. Al contrario, es a partir del ambiente el cómo el bebé experimentará esta ira, ansiedades e ideas persecutorias tanto para su realidad externa, los objetos y él mismo.

La fantasía tiene funciones múltiples y complejas. De igual modo, tiene la función de defensa. Ya que el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la



realidad externa. Se puede considerar que la gratificación que proviene de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación, sin embargo, también es una defensa de la realidad interna. ¿Cómo? Ante una fantasía de realización-de-deseos, no solo se está evitando la frustración y reconocimiento de una realidad externa, también se está defendiendo de su realidad interna, como el hambre, la ira, la ansiedad (Segal, 1982).

La relación con los mecanismos de defensa y la fantasía inconsciente consiste en el proceso real y su representación mental detallada. Una persona puede estar utilizando los mecanismos de defensa sin embargo, estos los experimentará en función de fantasías. A partir de esas fantasías se expresa lo que siente que se está incorporando dentro de sí o poniendo fuera de sí, la forma en que lo hace y los resultados que atribuye a estas acciones. Pongamos como ejemplo la represión. Se puede describir como *“algo que va a explotar bajo mucha presión”*. Por ejemplo, el caso de Julia, que expone Cibeira en su libro (2008): *“¡Exploté!... ¿entendés?, ¡exploté!... Aguanté mucho y no pude más... Nunca me quise demasiado... No me gustaba cómo era...”* Desde la perspectiva del observador se puede describir como un mecanismo de defensa, pero para la persona, es algo que está sintiendo y describe como una fantasía detallada.

Klein menciona que la estructura de la personalidad está determinada en gran parte por las fantasías más permanentes del Yo en relación a sí mismo y los objetos que contiene. El hecho de que exista una estrecha relación entre estructura y fantasía inconsciente es importante ya que es lo que permite influir en la estructura del Yo y del superyó mediante el análisis. Es a partir del análisis donde se puede conocer las relaciones del Yo con los objetos, internos y externos, y modificar las fantasías entre estos objetos para así poder influir sobre la estructura permanente del Yo.

El fantasma, concepto kleiniano, crea el mundo de la imaginación. A través de este proceso el bebé prueba y construye sus experiencias internas y externas de manera primitiva. Es así como

la realidad externa puede influir y modificar gradualmente el sentido poco realista de la realidad que crea el fantasma. Esta teoría indica que los bebés no responden a la realidad de los estímulos, sino a los significados que perciben. Por lo que el fantasma es muy importante dentro de la experiencia que tiene el bebé del mundo.

La relevancia en relación a la formación del apego tiene que ver con la concepción y significación de los objetos. Como ya se comentó en párrafos anteriores, el objeto más importante en el mundo del bebé y al principio el único objeto es el pecho. El infante solo está preocupado por la gratificación de las necesidades, las cuales limitan su experiencia a dos categorías: placer (gratificación) y dolor (frustración). Si el bebé está siendo gratificado por el pecho, lo ama y tiene fantasmas agradables respecto de éste. Pero cuando el bebé se siente frustrado por el pecho, sus fantasías consisten en atacarlo. Y en esas fantasías agresivas el bebé desea morder y desgarrar a la madre y sus pechos, para así destruirla también de otras maneras (Klein, 1937). El fantasma que tiene el bebé del mundo se enfoca en el pecho como su objeto de constante deseo, de tal modo que lo incorpora en el interior tanto con sus aspectos buenos como malos. En este fantasma de incorporación, el bebé percibe el pecho como parte de sí mismos.

La percepción del mundo objeto del bebé consta de objetos parciales donde o son gratificantes o frustrantes, acogedores u hostiles. Es así como el infante percibe que el mundo va a constar de dos tipos de objetos: objetos buenos y objetos malos. Los objetos buenos son aquellos que dan satisfacción y placer al bebé, estos son idealizados y el fantasma los significa con la bondad absoluta. Los objetos malos son aquellos que producen frustración y displacer, y el fantasma los representa como odio total. Como el pecho de la madre en ocasiones satisface y otras veces frustra. Las necesidades orales del bebé las formas en que la madre maneje el

amamantamiento y el destete tiene una fuerte influencia en la manera en que el infante aprenda a manejar las emociones del amor y de odio (Sollod, Wilson y Monte, 2009).

Es así como el infante trata a la madre como un todo por lo que al principio, la experiencia de la madre es poco más que un pezón. El bebé experimenta a ese objeto parcial como la fuente de todo lo bueno y agente de todo lo frustrante. El primer objeto de amor y de odio del infante es la madre. Klein (1937) menciona que el bebé ama a su madre cuando ésta satisface su necesidad de comer, calmando así las sensaciones del hambre y a su vez proporcionando placer mediante el estímulo que experimenta en su boca al succionar el pecho. Y en su sentido opuesto, cuando el bebé tiene hambre y no recibe gratificación o siente una molestia, se despierta su odio y agresión hacia su madre, es dominado por los impulsos de destruir a la misma persona que es objeto de sus deseos misma que se vincula toda experiencia tanto buena como mala.

¿Esto quiere decir que el bebé es un inestable? Tal vez, pero no en el sentido patológico, más bien la realidad del niño es binaria. No siempre será así pero más adelante se explicará el porqué.

De igual modo en este proceso de maduración de la vida emocional del infante es paralela a su creciente percepción de sus objetos amorosos. Algún tiempo después, la madre se transforma de un conjunto de objetos parciales en un *objeto total*. Los pechos bueno y malo pasan a experimentarse como madres buena y mala. Ahora el conflicto de amor y odio se transfiere a la madre como una persona completa.

De este modo, el odio y los sentimientos agresivos del lactante dan origen a estados como la sofocación, el ahogo y otras sensaciones similares que, al ser sentidas como destructivas para su cuerpo, nuevamente aumentan la agresión, la desdicha y los temores. Con todo, las fantasías

placenteras también existen a la par con la satisfacción tangible y las destructivas vienen con la frustración y los sentimientos de odio que se originan.

Un rasgo muy importante de la fantasía destructiva es éste equivalente al deseo de muerte. El del bebé que en sus primeros meses de vida se alimenta de leche materna (calostro), cree que sus deseos fantaseados tienen efecto real. Es decir, siente que sus impulsos destructivos han destruido realmente al Objeto y seguirán destruyéndolo; esto tiene consecuencias sumamente importantes para su desarrollo mental. Se defiende de tales temores mediante fantasías omnipotentes de tipo reparador, lo que también influye gradualmente en su desarrollo. ¿Cómo? Klein explica que si en sus fantasías agresivas el niño ha dañado a su madre mordiéndola y destrozándola, de igual modo, puede fantasear que une de nuevo sus pedazos para repararla. No obstante, esto no apacigua del todo su recelo de haber destruido al objeto que es el que más ama, necesita y depende enteramente.

Estos conflictos básicos, seguirán actuando muy profundamente y de manera latente sobre el curso y la fuerza de la vida afectiva ya de adultos. El sentimiento que se despierta en estos conflictos es la culpa. El individuo al captar impulsos de odio hacia la persona amada experimenta sentimientos afligidos y culpables. Como dice Coleridge: *“El enojo contra el ser amado tortura al seso como la demencia.”*

Como los sentimientos de culpa son muy dolorosos, solemos relegarlos muy al fondo de la mente. No obstante, se expresan disfrazados en distintas formas y constituyen una fuente de perturbación en nuestras relaciones personales. Klein menciona que muchas personas en la edad adulta tienen intensa necesidad de alabanza y aprobación, y la razón se debe a la necesidad de tener pruebas de que son dignas de ser amadas. Esto tiene origen en su temor inconsciente de ser

incapaces de brindar amor suficiente y sobretodo el no poder dominar los impulsos agresivos hacia los demás, pues temen ser un peligro para los que aman (Klein, 1937).

La lucha entre el amor y el odio, junto con todos los conflictos que se dan lugar, aparece en la primera infancia y opera de manera activa durante toda la vida. Comienza en la relación del niño con ambos padres. El infante siente deseos y fantasías sexuales vinculados hacia uno de sus padres, lo cual vuelve al otro (el otro sea padre, madre o hermanos) su rival. Este odio y celos que existen hacia su rival por el amor de sus padres. Sin embargo, también los ama por lo que surgen fuertes conflictos entre los impulsos agresivos y los sentimientos de amor, generándose la culpa y nuevos deseos de hacer reparaciones. Estos patrones se perpetuaran en su relación filial como en sus relaciones sociales.

A pesar de ello, para poder entender de mejor manera el proceso que experimenta el bebé, es necesario empezar hablando del Yo. Melanie Klein, menciona que hay suficiente Yo al nacer al grado de que existe la posibilidad de sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales en la fantasía y en la realidad aunque sea de manera primitiva. Este concepto también fue utilizado por Freud, él hablaba de la existencia de un Yo temprano y describe la existencia de un mecanismo de defensa que ocurre al comienzo de la vida: la deflexión del instinto de muerte, y su concepto de realización-alucinatoria-de-deseos que implica un Yo capaz de establecer una relación objetal en la fantasía.

Segal (1982) menciona que desde el principio el Yo es capaz de sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales. Esto no significa que al nacer el Yo se parezca al de un niño o un adulto, sino que es un Yo aún inmaduro. Al principio el Yo está muy

desorganizado, pero de acuerdo con la orientación del crecimiento tanto fisiológico como psicológico esta la tendencia a que se integre.

El bebé está expuesto desde que nace a la ansiedad provocada por la polaridad de los instintos de vida y de muerte. Él está también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa mismas que le producen situaciones de ansiedad, por ejemplo el trauma del nacimiento; pero también le da vida, por ejemplo, el calor, amor y alimento provenientes de la madre. Cuando se enfrenta con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el Yo lo deflexiona. Esta deflexión del instinto de muerte consiste, según Melanie Klein en parte, en una proyección y por otra en la conversión del instinto de muerte en agresión.

Klein explica que el Yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Es así como el pecho que le es contenido gran parte del instinto de muerte llega a experimentarse como malo y amenazador para el Yo, dando origen a un sentimiento de persecución. De este modo, el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor.

Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal. Así como se proyecta fuera el instinto de muerte, para evitar la ansiedad que surge de contenerlo, así también se proyecta la libido, con el fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del Yo a conservar la vida. Lo mismo que pasa con el instinto de muerte, pasa con la libido.

El Yo proyecta parte de ella fuera, y la restante la utiliza para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal. De este modo, muy pronto el Yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario, el pecho, está a su vez se encuentra disociado en dos partes, el pecho *ideal* y el pecho *persecutorio*. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y la amamantación por la madre externa real, que a su vez confirman dicha fantasía. En

forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios.

Es así como la gratificación, no sólo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición; también se la necesita para mantener a raya la aterradora persecución. A su vez la privación se convierte no sólo en falta de gratificación, sino también se convierte en una amenaza de ser aniquilado por los perseguidores. El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con éste, que es para él quien le da vida y lo protege y a su vez, mantener fuera el objeto u objetos persecutorios buscan en el Yo y aniquilarán tanto al objeto ideal como al Yo.

Estas características de la ansiedad y de las relaciones objetales experimentadas durante esta fase del desarrollo llevaron a Melanie Klein a denominarla la *posición esquizo-paranoide*. Esto se debe a que la ansiedad predominante es paranoide, y el estado del Yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión, que es esquizoide. El Yo desarrolla una serie de mecánicas de defensa para protegerse de la ansiedad que surge de la idea de ser aniquilado: *la introyección y la proyección*.

El Yo introyecta lo bueno y proyecta lo malo como medio de expresión de lo instintivo y como recurso defensivo. Sin embargo, no es la única forma en la que se utilizan estos mecanismos de defensa. Por ejemplo, en ciertas situaciones donde se está proyectando lo bueno con el fin de mantenerlo a salvo de lo que se experimenta como una abrumadora maldad interna y habrá otras circunstancias en que se está introyectando a los que experimenta como figuras perseguidoras, incluso se hace una identificación con ellos, como un intento para controlarlos. En situaciones de ansiedad, se aumenta la disociación y se emplea la proyección y la introyección para mantener a

los objetos persecutorios alejados de los objetos ideales y a su vez, se mantienen ambos bajo control.

Otro mecanismo presente en esta posición es la escisión. La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, cuyo propósito es mantener alejado al sujeto del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable (Segal, 1982). La escisión hay que concebirla en Klein como un permiso al Yo de emerger del caos y ordenar sus experiencias internas y externas. Por ejemplo, una de las primeras escisiones que tiene el bebé se da entre “*pecho bueno-pecho malo*” y “*objeto bueno-objeto malo*”.

La escisión es lo que permite al Yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Si bien al inicio podría considerarse excesivo y extremoso, con este ordenamiento de experiencias que acompañan al proceso de escindir al objeto en uno bueno y otro malo sirve para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del infante, condición necesaria para la integración posterior. Esta es la base para la capacidad de discriminar, cuyo origen en la temprana diferenciación entre lo bueno y malo, para la capacidad de prestar atención, o para suspender una emoción para formar un juicio intelectual, etc. de igual modo la escisión es también la base de lo que será la represión. Si la escisión temprana ha sido excesiva y rígida, la represión será la excesiva rigidez neurótica. Cuando esta ha sido menos severa, la represión lesionará menos al sujeto, y el inconsciente estará en mejor comunicación con la mente consciente.

La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, el cual tiene como propósito mantenerlo alejado del objeto persecutorio y hacerlo vulnerable. Esta idealización extrema se vincula con algo denominado *negación mágica omnipotente*. Cuando la persecución es tan intensa que se hace insoportable, se la puede negar completamente. Esta negación mágica se



basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores. Otra forma en que se puede utilizar como defensa contra la persecución excesiva es idealizando al objeto perseguidor y tratarlo como ideal. En algunas circunstancias puede suceder que el Yo se identifique con el objeto pseudo-ideal. Un ejemplo para esto es el caso de pacientes esquizoides, los cuales en su infancia fueron, lo que podríamos denominar, “*bebés perfectos*”, que nunca protestaban ni lloraban, como si todas las experiencias hubieran sido buenas para ellos. Ya en la adultez, estos mecanismos conducen a una falta de discriminación entre lo bueno y lo malo y la fijación en objetos malos que deben ser idealizados.

De esta manera, la escisión siempre que no sea excesiva o rígida, es un mecanismo de defensa de gran importancia tanto para sentar las bases de mecanismos de defensas posteriores y de igual modo sigue funcionando en forma moderada a lo largo de toda la vida. Con la escisión se relacionan la ansiedad persecutoria y la idealización. En la vida adulta estarán presentes en las emociones de la vida adulta y desempeñan un papel importante en ellas. Es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante las circunstancias externas realmente peligrosas. La creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, lo cual precede de buenas relaciones objéales. Klein explica que la relación con un objeto bueno contiene generalmente cierto grado de idealización y esta idealización se presentará en diversas circunstancias por ejemplo, enamorarse, apreciación de la belleza y estética, en los ideales sociales o políticos, emociones que incrementan la riqueza y variedad de las vidas.

A partir de la idealización, el infante se defiende contra de la ansiedad del Yo en tanto el pecho bueno tiende a transformarse en su ideal, al que se le atribuyen todas sus experiencias gratificantes, ya sean fantasías o sean reales. El Yo del infante tiene el anhelo de poseer este objeto

e identificarse con él de tal modo que niega lo indeseable de este y proyecta en él su libido con el objetivo de salvar al pecho bueno de sus ataques fantaseados. A este mecanismo se le conocerá como *identificación proyectiva*, un mecanismo de defensa muy importante en esta fase del desarrollo que surge de la protección original del instinto de muerte.

Al mecanismo de identificación proyectiva, Klein le supone varias relaciones. El Yo la puede dirigir al objeto malo para controlarlo en tanto peligroso; la puede direccionar hacia el objeto ideal, ese pecho gratificante, para evitar la separación. Puede el Yo del niño también proyectar partes buenas en el objeto para evitar la separación o para salvarlo de su agresión interna y también puede el Yo proyectar partes malas para librarse del objeto o para destruirlo. Justificadamente el pase a siguiente fase, la posición depresiva, se facilita cuando el Yo puede vivenciar mayores experiencias buenas sobre las malas y siente que el objeto ideal prevalece sobre los objetos perseguidores cuando la pulsión de vida tiene predominancia sobre la de muerte. Cuanto más se identifica el Yo con su objeto ideal entonces menos mecanismos de defensa son puestos en marcha porque cede la disociación y el Yo puede cada vez más tolerar su agresión y sobre todo puede sentirla como parte de sí. Cuando el Yo está más integrado disminuye la escisión de su núcleo y distingue mejor que él no es el objeto.

La identificación proyectiva tiene múltiples propósitos, entre ellos:

- a) Se la puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar la separación, o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro.
- b) Se puede proyectar varias partes del Yo con diversos propósitos, por ejemplo, se puede proyectar partes malas del Yo tanto para liberarse de ellas como para atar y destruir al objeto.

- c) Se puede proyectar partes buenas para evitar la separación o para mantener a salvo de la maldad interna o para mejorar al objeto externo a través de una especie de primitiva reparación proyectiva.
- d) La identificación proyectiva comienza en cuanto se instala la posición esquizo-paranoide en relación con el pecho, pero persiste y muy a menudo se intensifica cuando se percibe a la madre como objeto total y la identificación proyectiva opera en todo su cuerpo.
- e) Ser una defensa contra la separación inminente y como medio de controlar al objeto y de atacar a rivales.

Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación e identificación proyectiva e introyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al Yo, puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva. El yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad. Este mecanismo, muy dañino para el Yo, generalmente aparece combinado con la identificación proyectiva y de inmediato se proyectan las partes fragmentadas del yo. Este tipo de identificación proyectiva es de carácter patológico cuando se utiliza con mucha frecuencia.

El bebé utiliza diversos mecanismos de defensa para protegerse de sentir, al principio, el miedo de la muerte desde dentro y a los perseguidores externos e internos, una vez que ha deflexionado el instinto de muerte. Pero todos esos mecanismos a su vez son ansiedades propias. Un ejemplo es con el mecanismo de la proyección, cuando se proyectan hacia fuera los malos sentimientos y partes malas del Yo, este produce persecución extrema. La introyección de

perseguidores origina ansiedad hipocondriaca. La proyección hacia fuera de partes buenas produce la ansiedad de quedar vacío de bondad e invadido por perseguidores.

La identificación proyectiva causa varias ansiedades. Dos de las más importantes son: a) el miedo de que el objeto atacado proyecte sobre el sujeto un castigo o venganza y b) la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionada y controladas por el objeto en el que se las ha proyectado. Esta última ansiedad es particularmente intensa cuando se proyectaron partes buenas de Yo, lo que produce sensación de haber sido robado de estas partes buenas y de ser controlado por otros objetos. La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla el Yo hace lo que puede por existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado.

La identificación proyectiva, tiene aspectos muy importantes en la formación de la empatía. Al proyectar partes de si en el objeto e identificar partes del objeto con partes del Yo, el yo forma sus primeros y más primitivos símbolos.

En la posición esquizo-paranoide están vinculadas ansiedades y defensas. Klein menciona que el bebé “normal” en sus primeros meses no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad. En circunstancias óptimas pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, mamando, disfrutando de placeres reales o alucinados y de este modo, asimilando gradualmente su objeto ideal e integrando su Yo. Sin embargo, los bebés también experimentan periodos de ansiedad, y la ansiedad y defensas que constituyen el núcleo de la posición esquizo-paranoide son parte del desarrollo humano.

Es muy importante subrayar que ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece. De igual modo, hay que tener presente que hasta el sujeto más “normal”, al enfrentarse a ciertas situaciones, estas pueden llegar a resurgir las ansiedades más tempranas y pondrán en funcionamiento los mecanismos de defensa más primitivos. Klein indica que en una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo queda incluida, ninguna esta apartada o rechazada y ciertas conductas del Yo en la posición esquizo-paranoide son muy importante para el desarrollo posterior.

Como se puede observar los mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranoide protegen al Yo de las ansiedades inmediatas y abrumadoras, sino también de etapas progresivas del desarrollo. Entonces ¿cómo sale el infante de la posición esquizo-paranoide? Para que se dé el siguiente paso del desarrollo, el cual es la posición depresiva, la condición necesaria es que predominen las experiencias buenas sobre las malas. Cuando estas experiencias predominan, el yo llega a crecer al grado que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios y que su propio instinto de vida predomina sobre su propio instinto de muerte. El yo se identifica repetidamente con el objeto ideal, adquiriendo así mayor fuerza y mayor capacidad para enfrentarse con ansiedades sin recurrir a violentos mecanismos de defensa. Simultáneamente, a medida de que el yo empieza ser más fuerte y sus impulsos libidinales se fortalecen más que el objeto malo y sus propios impulsos malos, esto conlleva a disminución de la escisión del yo. Su relación con el objeto ideal se vuelve más estrecha, le asusta menos su propia agresión y la ansiedad que ésta provoca, disminuye la escisión y la necesidad de proyectar, y cada vez empieza a distinguir mejor entre lo que es Yo y lo que es objeto. El bebé tolera mejor el instinto de muerte dentro de sí y disminuyen sus temores paranoides y gradualmente predomina el impulso de integración del Yo y del objeto.

Cuando esta posición queda fijada, surgen las perturbaciones patológicas. Como es el caso de la psicosis, que se observa en pacientes esquizofrénicos o esquizoides.

Cuando estos procesos integradores se hacen más estables y continuos surge una nueva fase de desarrollo: *la posición depresiva*.

Melanie Klein definió la *posición depresiva* como la fase del desarrollo en que el bebé se conoce a un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Todos los que rodean al bebé perciben en él el gran progreso en el cual el infante reconoce a su madre, al igual que a otras personas de su ambiente, por ejemplo, el padre.

El hecho de que el bebé reconozca a su madre como un objeto total nos indica que el infante se empieza relacionar cada vez más la madre como persona total y no como objeto dissociado, el cual puede ser bueno y malo, presente o ausente, que puede amar y odiar al mismo tiempo. De igual modo, el infante empieza a percatarse que las experiencias tanto buenas o malas no proceden de un *pecho-madre buena* y *pecho-madre mala* sino de la misma madre, la cual es fuente de lo bueno y malo. Experimentar esta nueva perspectiva abre la puerta a nuevas experiencias y consecuencias.

Al reconocer a la madre como persona total también significa que la reconoce como sujeto con una vida propia y con sus propias relaciones con más personas, por lo que el bebé descubre el desamparo, el cómo depende totalmente de ella y los celos que le provocan los demás. Este cambio de percepción realiza un cambio fundamental en el Yo, pues el bebé se convierte en un Yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes malos y buenos. Al disminuir los procesos proyectivo e integrarse más el yo de distorsiona menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal se aproxima uno del otro. Al mismo tiempo, la introyección de un objeto que empieza a formarse en un total, favorece la integración del yo. Mientras los procesos

de integración continúan, el bebé reconoce con mayor claridad que es una misma persona quien ama y odia a su madre: el mismo. Por lo que se ve en la necesidad de enfrentar los conflictos que se vincular con su propia ambivalencia.

En la posición depresiva, las ansiedades del bebé se centran en la ambivalencia, y el motivo es que sus impulsos destructivos hayan destruido o puedan llegar a destruir al objeto amado del cual depende completamente.

Durante ésta posición el proceso de introyección aumenta debido a la disminución de los mecanismos proyectivos ya que el bebé ha descubierto cuánto depende de su objeto, a quien identifica como una persona independiente que puede estar y también alejarse de él. Por lo mismo, aumenta la necesidad de poseer este objeto y protégelo de su propia destructividad, expresándose desde la fase oral del desarrollo, en que el amor y la necesidad dan como resultado el deseo de devorar.

Klein menciona que el bebé bien integrado puede tanto evocar y conservar el amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia y así comienza a experimentar nuevos sentimientos como lo es el duelo y la nostalgia por el objeto bueno que siente perdido y destruido, y a su vez la culpa, experiencia depresiva muy común, que es provocada por el sentimiento de que ese objeto perdido se debe a su propia destructividad. Estos sentimientos se intensifican porque se siente perseguido y esto se debe a que es la cúspide de los sentimientos depresivos reaparece cierta regresión y como consecuencia se proyectan los malos sentimientos atribuyéndolos con perseguidores internos y en la misma medida, experimenta al objeto bueno destruido como un perseguidor ocasionando intensos sentimientos de pérdida y culpa.

La experiencia de depresión lleva a que el bebé busque reparar a su objeto destruido. El bebé cree que debido a sus propios ataques destructivos, el objeto queda destruido. Y con este

mismo pensamiento, él creó que con su propio amor y cuidado pueden revertir los efectos de su agresión. El objetivo del bebé es compensar los daños que le ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar a sus objetos de amor perdidos y devolverles la vida e integridad. Por su parte, el fracaso en la reparación lleva a la desesperación y el éxito, a renovar esperanzas.

Durante este proceso, el bebé descubre su propia realidad psíquica en la cual reconoce su propia experiencia y al de sus objetos como seres distintos y separados a él. De igual modo, identifica sus propios impulsos y fantasías, empieza a distinguir entre fantasías y realidad externa, y puede diferenciar entre ambas realidades.

La prueba de realidad existe desde el nacimiento. El bebé desde que nace prueba el gusto de sus experiencias y las clasifica en buenas y malas. En la posición depresiva esta prueba de realidad se afirma más y se torna más significativa vinculándose de manera más estrecha con la realidad psíquica. Es así como el infante va descubriendo gradualmente los límites de su odio como los de su amor, de esta manera a medida de que el yo se va desarrollando, éste empieza a obtener más recursos para influir realmente sobre la realidad externa.

Al mismo tiempo, a lo largo del desarrollo y elaboración de la posición depresiva el yo se fortifica debido al crecimiento y asimilación de objetos buenos, introyectados en el yo y el superyo del infante. Una vez se alcanza este momento del desarrollo, el bebé ha establecido su relación con la realidad, reconocer sus propios impulsos, se responsabiliza por ellos y puede tolerar la culpa. Esta capacidad recién adquirida de sentir preocupación por sus objetos lo estimula a aprender gradualmente a controlar sus impulsos.

La posición depresiva no se elabora completamente. Siempre se tendrá ansiedades que estén relacionada con la ambivalencia, la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias



depresivas. Durante la vida adulta, los objetos externos buenos simbolizan aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de tal modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva.

Klein menciona que si durante la posición depresiva el bebé pudo establecer un objeto interno bueno suficientemente afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad sino a una elaboración fructífera. Si no se ha elaborado lo suficiente, el yo se siente envuelto en constante ansiedad de perder totalmente las situaciones internas buenas, de igual modo está empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil y hay un perpetuo temor, y a veces una verdadera amenaza, de hacer una regresión a la psicosis.

Ya con la explicación surge la pregunta ¿y la AN o la BN? Durante la lectura de Klein, se pudo observar que ahora dicha autora no presenta casos de AN o BN en niños sin embargo si hace alusión a la alimentación.

En 1952, Klein escribió su artículo titulado “*Observando la conducta de los bebés*” donde desarrolló el tema de la alimentación y cómo ésta corresponde al tipo de la relación que existe entre la madre y el bebé.

Klein comienza su escrito retomando los temas de las posiciones esquizo-paranoides y depresivas, en el cual explica que el bebé recién nacido experimenta ansiedad persecutoria cuya causa es el proceso del nacimiento que trae consigo la pérdida de la situación intrauterina que lo fuerzan a adaptarse a condiciones totalmente nuevas. Esta ansiedad se aliviara a partir de ciertas medidas que se empleen para darle calor, apoyo, bienestar y particularmente por la gratificación que siente al recibir el alimento y al succionar el pecho.

Klein menciona que al término de la primera experiencia de alimentación se puede suponer que la relación que se establece con la madre es buena y esta gratificación compensa la pérdida del estado intrauterino. Esta primer experiencia de lactancia, lo que es perder y recuperar al objeto amado “*el pecho bueno*” se convierte en una parte esencial de la vida emocional infantil. Esta relación del bebé con su primer objeto, *la madre*, y con la comida, quedan mutuamente ligadas desde el inicio, por lo que el estudio de las pautas fundamentales de actitud hacia la comida es el mejor acceso a la comprensión de los bebés.

La conducta que el bebé establece con el alimento varía desde una aparente ausencia de voracidad hasta una gran avidez. La *voracidad* surge cuando la interacción de los impulsos libidinales y agresivos se refuerzan y dicha voracidad puede aumentar por la ansiedad persecutoria. Sin embargo, las *primeras inhibiciones o ausencias de voracidad* también se deben a la ansiedad persecutoria, dando a entender que esta ansiedad en algunos casos puede inhibir o aumentar la voracidad. Una característica particular de la voracidad es que es inherente a los primeros deseos dirigidos al pecho e influye de manera importante en la relación con la madre y en las relaciones objetales en general.

La actitud hacia la succión es diferente entre los bebés. Klein indica que una actitud inicialmente promisorio hacia la comida puede ser desbaratada por condiciones adversas de la lactancia, mientras que a veces dificultades en la lactancia pueden ser mitigadas por el amor y la paciencia de la madre. De igual modo, Klein observó que los bebés buenos lactantes, no eran marcadamente voraces, mostraban indudables signos de amor y de progresivo interés por la madre en una etapa muy temprana, actitud que contiene algunos signos de los elementos básicos de una relación objetal. Por ejemplo, observó que bebés con tres semanas de edad interrumpían la mamada brevemente para jugar con el pecho de la madre o mirar su rostro. Esta conducta implica que la

gratificación está relacionada con el objeto que da la comida como con la comida misma. Estos signos de relación objetal en época temprana, como lo es el placer por la comida, son buenas señales para futuras relaciones con los demás y para el desarrollo emocional en general.

Sin embargo, pueden existir dificultades en la lactancia las cuales pueden estar relacionadas a la ansiedad persecutoria. Como se explicó en la posición esquizo-paranoide, los impulsos agresivos del bebé hacia el pecho, como morderlo, tienden a convertirlo en su mente como un objeto devorador, y esta ansiedad podría inhibir la voracidad y como consecuencia el deseo de succionar.

Es muy importante el trato paciente y comprensivo de la madre desde los primeros días en adelante. El hecho de que haya una buena relación la madre y con el mundo exterior ayuda al bebé a superar sus primeras ansiedades paranoides y arroja nueva luz sobre la importancia del análisis de las primeras experiencias del infante. Klein menciona que a partir de conocer más sobre la naturaleza y contenido de sus primeras ansiedades y el interjuego constante entre experiencias reales y su vida de fantasía, se puede comprender plenamente porqué el factor externo es tan importante. A partir de la actitud de la madre la ansiedad persecutoria y depresiva pueden reducirse o aumentarse; y el grado en que en el inconsciente del niño prevalecerán figuras protectoras o persecutorias, está fuertemente influido por sus experiencias reales, principalmente con su madre.

El vínculo entre el bebé y la madre se centra en la relación con el pecho. Las experiencias fundamentalmente de felicidad y amor, de frustración y odio, están difícilmente ligadas al pecho de la madre. Este vínculo se irá fortaleciendo o en medida que el pecho se instala en el mundo interno e influirá básicamente en todas las otras relaciones por ejemplo, el padre. Incluso bebés que son alimentados con biberón, éste puede tomar el lugar del pecho si junto con este hay un

contacto físico estrecho con la madre y el bebé es tratado con cariño. En ambas condiciones el bebé puede ser capaz de establecer dentro de sí un objeto que siente como la fuente primordial de lo bueno, proceso donde yace una relación segura con la madre.

Klein menciona que en las relaciones objetales muy tempranas están los bebés *buenos lactantes*, pero no muestran excesiva voracidad y de igual modo, algunos bebés muy voraces también dan signos tempranos de un progresivo interés por las personas en el que puede detectarse una similitud con su actitud voraz hacia la comida. Por ejemplo la gran necesidad de la presencia de personas a menudo parece relacionarse menos con la persona que con la atención deseada. Estos infantes apenas puede soportar que se les deje solos y necesitan constantemente gratificación por medio de comida y atención. Es así como la ansiedad refuerza la voracidad y que hay una falla tanto para establecer firmemente el objeto bueno en el mundo interno como para construir la confianza en la madre como objeto exterior bueno. Ésta falla indica la posibilidad que en el futuro se presenten dificultades, por ejemplo, la voraz y ansiosa necesidad de compañía, que va a menudo asociada al temor de estar solo y puede resultar en relaciones objetales inestables y transitorias que puede descubrirse como promiscuas.

Klein habla los bebés que denominó *malos lactantes*. Esto se presenta cuando existe una incorporación muy lenta de la comida lo que implica falta de goce o gratificación libidinal, si esto se enlaza a un interés temprano y llamativo por la madre, sugiere que las relaciones objetales son usadas en parte para escapar de la ansiedad persecutoria relativa a la comida. Si bien estos niños pueden desarrollar buenas relaciones con la gente, la ansiedad excesiva que se manifiesta en esta actitud hacia la comida permanece como un peligro para la estabilidad emocional. Una de las

diversas dificultades que pueden surgir posteriormente es la inhibición de la incorporación de alimento sublimado, esto es, una perturbación en el desarrollo intelectual.

Existen tres principales razones que dan origen a las perturbaciones:

1. *Rechazo a la comida.* Cuando se presenta un marcado rechazo de la comida aunque esta dificultad puede disminuir cuando se introducen comidas nuevas.
2. *La falta de placer en la comida.* Si se combinan con una deficiencia en el desarrollo de relaciones objetables, indican que los mecanismos paranoides y esquizoides, son excesivos y el Yo no puede manejarlos adecuadamente. De igual modo, esto sugiere que prevalecen los impulsos destructivos y la ansiedad persecutoria, donde las defensas del Yo son inadecuadas y la ansiedad no se atempera lo suficiente.
3. *Los niños supervoraces.* Para ellos la comida se convierte en la fuente casi exclusiva de gratificación y se desarrolla poco interés en la gente. Es posible que no se haya elaborado de manera exitosa la posición esquizo-paranoide.

Un aspecto muy significativo es la actitud de los bebés hacia la frustración. Algunos bebés pueden rechazar la comida cuando se demoran en dársela, o se presentan otros signos de perturbaciones en la relación con la madre. Sin embargo, cuando el bebé muestra placer por la comida como amor por la madre demuestra que tiene tolerancia a la frustración hacia la comida, indicando que la confianza y el amor por la madre están relativamente bien establecidos.

Cuando se introduce la alimentación con biberón, ya sea como complemento o sustitución del pecho, la actitud de tolerancia a la frustración es fundamental. Algunos bebés experimentan una fuerte sensación de perjuicio cuando se introduce el biberón, la sienten como pérdida del objeto bueno primario y como privación impuesta por la “madre mala”. Si bien estos sentimientos no son manifestados como rechazo de la nueva comida, pero la ansiedad persecutoria y la desconfianza

provocada por esta experiencia puede perturbar la relación con la madre y aumentar con consecuencias las ansiedades fóbicas, tales como el temor a lo desconocido o pueden aparecer posteriormente dificultades en la comida, o perturbarse la aceptación en forma sublimada, por ejemplo la adquisición de conocimientos.

De igual modo otros bebés pueden aceptar la comida nueva con menos resentimientos. Esto implica una mayor tolerancia real a la privación que es distinta del aparente sometimiento a ella y que deriva de una relación segura con la madre permitiendo al bebé volverse hacia un nuevo objeto y conservar el amor por la madre.

La posición depresiva está ligada a algunos de los cambios importantes que pueden observarse en los bebés hacia la mitad del primer año. En este estadio las ansiedades persecutorias y depresivas se expresan de muchas maneras, por ejemplo mayor irritabilidad, mayor necesidad de atención, rabietas, temporal alejamiento de la madre, mayor temor a los extraños; también los bebés normalmente duermen bien a veces sollozan en sueños o de repente despiertan con signos claros de miedo o tristeza. Hay signos de tristeza y sufrimiento que son transitorios pero contribuyen a que el rostro del bebé exprese más las emociones que son a la vez de naturaleza más profunda y de mayor variedad.

De igual modo, en la posición depresiva (6-12 meses) se hace culminante la época del destete. El progreso en la integración y los correspondientes procesos sintéticos en relación con el objeto originan sentimientos depresivos, estos sentimientos se intensifican más aun con la experiencia del destete. El bebé ya ha experimentado en circunstancias anteriores las pérdidas, por ejemplo, cuando el pecho o el biberón intensamente deseado no reaparecen inmediatamente y el bebé siente que nunca volverá. Sin embargo la pérdida que se experimenta en el destete es de otro

orden. En esta pérdida del primer objeto amado confirma todas las ansiedades del bebé de naturaleza persecutoria y depresiva.

Al final, la actitud hacia la comida está ligada fundamentalmente a la relación con la madre e implica la vida emocional entera del bebé. La experiencia del destete al final hace surgir las emociones y ansiedades más profundas del bebé, y el Yo más integrado desarrolla fuertes defensas contra ellas; tanto las ansiedades como las defensas intervienen en la actitud del infante hacia la comida.

En la raíz de muchas dificultades con la comida nueva está el temor persecutorio de ser devorado y envenenado por el pecho malo de la madre, temor que proviene de las fantasías del bebé de devorar y envenenar el pecho.

De igual forma, la disminución del apetito con la primera interrupción del pecho es un suceso frecuente e indica claramente ansiedad depresiva que está relacionada con la pérdida del primer objeto amado. Y la ansiedad persecutoria contribuye siempre al disgusto presente ante la nueva comida. Este aspecto malo del pecho, que durante la lactancia estaba contrarrestado por la relación con el pecho bueno, se refuerza por la privación del destete, y se transfiere a la comida nueva. Durante este proceso estas ansiedades tienen un impacto muy importante en la relación de la madre con la comida.

Si bien es cierto que el alcance de los estudios de Klein no abarca los TCA, en su artículo observó conductas donde los niños pueden llegar a presentar un marcado rechazo a la alimentación. Estas dificultades son parte de un proceso normal al atravesar la posición depresiva pero si se fracasa en la elaboración de la posición depresiva puede llevar a un resultado diferente, en donde ciertos síntomas, como los ya expuestos, pueden estabilizarse en vez de ser solamente transitorios

y parciales. Por lo que una excesiva ansiedad persecutoria y depresiva en los niños pequeños es de significación crucial en la psicogénesis de los trastornos mentales.

Klein (1952) reitera: *“las ansiedades persecutoria y depresiva, sí son excesivas, pueden llevar en la infancia a graves enfermedades mentales y a deficiencia mental. Estas dos formas de ansiedad proporcionan también los puntos de fijación de las enfermedades paranoica, esquizofrénica y maníaco-depresiva en la vida adulta.”*

Una madre comprensiva puede disminuir los conflictos del bebé y ayudarlo a manejar más eficazmente sus ansiedades. Un reconocimiento más completo y difundido de las ansiedades y necesidades emocionales del bebé disminuirá los sufrimientos de la infancia y preparará al bebe para una mayor estabilidad en su vida adulta. Por lo tanto, es a partir de la observación atenta de los infantes lo que nos llevará a un mayor entendimiento de la vida emocional del bebé.





### 4.2.3 Françoise Dolto. La imagen inconsciente del cuerpo.

*“Me parece que los bebés son los primeros psicoterapeutas de los padres; beben la angustia de la madre y su propio funcionamiento sufre modificaciones.”*

*Françoise Dolto.*

Françoise Dolto fue una psicoanalista francesa quien dio múltiples aportes en el psicoanálisis infantil. Buscó medios de expresión para los niños y los encontró a través del dibujo y el moldeado. ¿Para qué? Para así tener medios por los que ellos pudieran verbalizar sus fantasmas de origen inconsciente que para el adulto pudieran no tener sentido. Ella encontró que las instancias teóricas freudianas del aparato psíquico, Ello, Yo y Superyo pueden ser localizadas en cualquier composición libre ya sea grafica (dibujo), plástica (moldeado), entre otras.

Se menciona que en las composiciones libres se puede representar la imagen de cuerpo y las asociaciones que el niño proporcionan e indican el punto conflictivo de las tres instancias del aparato psíquico.

Dolto (1984) escribe: *“la imagen del cuerpo no es la imagen dibujada o representada en el modelado; ha de ser revelada por el diálogo analítico con el niño. Es el niño en conjunto con el analista, quien proporciona los elementos de una interpretación psicoanalítica de los síntomas.”*

Es aquí donde surge la pregunta: ¿qué entendemos por imagen del cuerpo? Para ello es importante diferenciar entre la imagen corporal y el esquema corporal.

Cuando se habla del esquema corporal se hace referencia al cuerpo como el mediador entre el sujeto y el mundo. Es un modo de vivir carnal al contacto con el mundo físico, especifica al sujeto en cuanto representante de la especie, sean cuales fuesen el lugar, la época o a las

condiciones en que vive. Todas las experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo o de sus lesiones transitorias o permanentes, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales y circulatorias. El esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, permitiendo la observación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje. Este es el mismo para todos los sujetos de la especie humana (Dolto, 1984).

La imagen del cuerpo es propia y está ligada al sujeto y a su historia. Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales. Esta se vive de manera inconsciente sin embargo, se puede tornar preconscious solo si se liga con el lenguaje consciente a partir de las metáforas y las metonimias referidas a la imagen del cuerpo (Bover, 2009).

Dolto describe la imagen del cuerpo como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante, el cual existe desde la concepción. Es en cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, dinámica, narcisista y interrelacional, actualizable en la relación aquí y ahora mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo modelado, invención musical, plástica, mímica y gestual. Y es a partir de la imagen del cuerpo portada por el esquema corporal como se puede entrar en comunicación con el otro.

Ella menciona que todo contacto con el otro, sea de comunicación o evitamiento, queda asentado en la imagen del cuerpo; porque no es sino la imagen del cuerpo, soporte del narcisismo, que en el tiempo se cruza con el espacio y que es pasado inconsciente que resuena en la relación presente. La libido se moviliza en la relación actual, pero puede resultar re-suscitada, una imagen relacional arcaica que había quedado reprimida y entonces retorna.

Es así, como la imagen del cuerpo siempre será inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de las zonas

erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones. Se abre la pregunta ¿qué son estos tres aspectos dinámicos que indica Dolto?

Dado que la imagen del cuerpo no es un dato fijo que se elabora en la historia misma del sujeto, éste será construido y modificado a lo largo del desarrollo del niño. Es por ello que es importante distinguir tres modalidades de una misma imagen cuerpo las cuales son: a) imagen base; b) imagen funcional; e c) imagen erógena. Las tres en conjunto constituyen la imagen del cuerpo viviente y el narcisismo de cada sujeto en cada estadio de su evolución y siempre estarán ligadas entre sí como una dinámica en donde se encuentran operando de manera subjetiva las pulsiones de vida junto con el ser biológico son sustentadas por el deseo del sujeto por comunicarse con otro sujeto (Dolto, 1984).

La imagen base es lo que permite al infante experimentarse en una continuidad espacio-temporal que permanece y se va tramando desde el nacimiento, sin importar las mutaciones en la vida y los desplazamientos impuestos en el cuerpo. De aquí surge el concepto de narcisismo definido según Dolto (1984): *“yo defino el narcisismo: como la mismidad de ser, conocida y reconocida, que va-deviene para cada cual según la índole de su sexo”*. Esto lo experimenta el ser humano a partir del sentimiento de existir. Aquí se sitúan los desórdenes, los desarreglos funcionales las cuales son interpretadas como fallas de narcisismo susceptibles a provocar, por pulsiones de muerte, súbitos ataques orgánicos a raíz de choques emocionales. Aunque este narcisismo es continuo no impide que tenga una historia y lo modifique a partir de representaciones o fantasmas que amenazan la vida. Ante estas amenazas se activa un estado fóbico, que tiene repercusiones en la zona erógena actualmente predominante en el sujeto.

Hay una reacción ante aquello que pone en peligro su imagen de base. Con esto se observa que hay una imagen base propia de cada estadio. Dolto describe tres tipos. Primero aparecer la imagen base respiratoria-olfativo-auditiva. La segunda es la imagen base oral donde recae la representación de lo lleno o de lo vacío del estómago. La tercera es la imagen base anal, donde la función se concentra en la retención o expulsión de heces. Es así como dependiendo del estadio en el que se encuentre el niño, este captura el conflicto que opone entre si pulsiones de vida y pulsiones de muerte, por lo tanto se manifiesta como un padecimiento físico.

La segunda compone de la imagen del cuerpo es la imagen funcional. Es lo que pasa por la mediación de una demanda localizada, dentro del esquema corporal, en un lugar erógeno donde se hace sentir la falta específica, provocando así el deseo.

Para un humano, la imagen del cuerpo es una representación interna donde se origina su deseo. Freud indica que las pulsiones que buscan el cumplimiento del deseo son de vida y de muerte. Las pulsiones de vida pueden presentarse de manera activa o pasiva a partir de una representación y las pulsiones de muerte carecen de representación, no son activas ni pasivas y están presentes en el reposo del sujeto, por lo que podría entenderse que no se trata de un deseo de morir sino de descanso. Las pulsiones de muerte se caracterizan por retirar al sujeto de toda imagen erógena y por lo tanto la presentación de las relaciones eróticas con el otro. Esto hace posible que las pulsiones de vida se manifiesten para poder obtener placer y a objetivarse en la relación con el mundo y con el otro.

La tercera y última componente de la imagen del cuerpo es la imagen erógena. Doltó la define y concentra en la imagen funcional del cuerpo, el lugar donde se focalizan placer o displacer

erótico en la relación con el otro y está representada a círculos, óvalos, cavidades, bolas, rayas, agujeros los cuales son imaginados como dotados de intenciones emisivas activas o receptoras pasivas de finalidad agradable o desagradable. Para que estos componentes del cuerpo se reorganicen y transformen es necesario que se cumplan dos condiciones:

1. La imagen funcional debe permitir un uso adaptado del esquema corporal y
2. La imagen erógena abra al sujeto la vida de un placer compartido por lo que tiene de valor simbólico y que puede hallar expresión no solo en la acción sino con palabras dichas por otro.

La imagen dinámica corresponde al “deseo de ser”. Este deseo, compuesto por la falta, se encuentra abierto a lo desconocido por lo que esta imagen dinámica no posee representación que le sea propia Dolto (1984) menciona la siguiente analogía *“ella es la tensión de intención, su representación no sería sino la palabra deseo, conjugada como un verbo activo, participante y presente para el sujeto, en cuando encarnación del verbo ir, en el sentido de un yendo deseante, enlazado a cada una de las tres imágenes en comunicación actual o potencial con las otras dos”*. Esta imagen dinámica expresa en cada uno de los sujetos el derecho a desear.

Para poder hablar de la AN según la lectura de Dolto es importante desglosar el concepto de castración. Como se mencionó, la imagen del cuerpo pasa por un proceso evolutivo. Es éste deseo que se ejecuta en la imagen dinámica procura cumplirse por medio de la imagen funcional y la imagen erógena donde se focaliza para alcanzar un placer por captación de su objeto. Sin embargo, en este proceso de búsqueda el deseo encuentra obstáculos para su realización: ya sea porque el sujeto no tiene un deseo suficiente o porque el objeto está ausente o prohibido.

Es a partir del juego presencia-ausencia del objeto de satisfacción del deseo el que instaura a ciertas zonas como erógenas. Dolto menciona que el deseo desborda siempre a la necesidad, los lugares de percepciones sutiles de la vista, olfato y oído, y más tarde del ano, vagina o pene se convierten en zonas erógenas debido la presencia del contacto con un objeto parcial apacible en relación a la madre y por otra parte, a la ausencia limitada por el lenguaje cuando el objeto parcial falta. Por lo que se resalta la importancia primordial de la madre como objeto total y sujeto que se expresa mediante un lenguaje gestual, mímico, auditivo y verbal en intercomunicación con el hijo el cual elaborara sus imágenes de base, funcional y erógena. Sin embargo, es a partir de la palabra donde la madre le indica que es lo que éste quiere pero ella no puede darle, volviendo esta demanda no satisfecha y a su vez, reconociéndola como válido pero de todos modos denegando éste deseo, resultado que la madre también lamenta.

La zona erógena solo puede ser introducida al lenguaje de la palabra a partir de la privación total del objeto específico mediante el cual ya había sido iniciada una comunicación erótica. Es a partir de la madre quien vocaliza los fonemas de palabras que especifican esta zona erógena, palabras que permiten que la boca y la lengua recobren su valor de deseo. Dolto (1984) concluye diciendo: *“el objeto parcial erótico es evocado por el objeto total, la madre, que priva al niño del pecho que él desea, pero un niño cuya hambre y sed ya han sido aplacado por otro medio, un niño que ya no tiene necesidad de él”*. En un proceso normal de elaboración subjetiva de las imágenes del cuerpo se presenta un intercambio constante de palabras lo cual permite la simbolización de los objetos de goce.

Existen distintos tipos de castraciones: oral y anal. La castración oral es, como ya mencionamos, la privación del cuerpo a cuerpo nutricio y trae como resultado la posibilidad del

infante al acceso un lenguaje que no sea comprensible únicamente con la madre. La castración anal es la ruptura del cuerpo a cuerpo tutelar madre-hijo y al presentarse trae como resultado la privación al infante al placer de la manipulación que se comparte con la madre. El infante aunque ya no tenga la necesidad del adulto para estos cuidados primarios como lavarse, vestirse o comer, sufre por la privación del retorno a intimidades compartidas en contactos corporales de placer (Dolto, 1984).

De igual modo si la castración oral es soportada el desarrollo del esquema corporal ha permitido sumar el lenguaje mímico y gestual a la destreza física y manual. Asimismo, la castración anal la asistencia verbal por parte de la madre, brinda al infante seguridad para asumirse como sujeto y realizar sus propias experiencias y a su vez, adquirir autonomía tanto verbal como motriz para la expresión de sus necesidades y sus deseos.

Si bien para muchos infantes el hecho que la madre pueda dejarlos más sueltos es una prueba sumamente insoportable (y ni qué decir para algunas madres) es a partir del destete, la separación física y la prohibición del placer del cuerpo del niño al placer del cuerpo de la madre, al darse fin a esta relación simbiótica pero necesaria, con la madre se da origen a la condición de humanización y socialización con el padre, otras mujeres, hermanos y compañeros.

El infante se reconoce como sujeto y empieza un proceso de autoconocimiento. Dentro de ese proceso llegará un punto donde se identificará como una persona perteneciente a un sexo, a este periodo se le nombra complejo de Edipo. Desde el momento en que el infante tiene conocimiento de esta pertenencia a un solo sexo, la imagen de su cuerpo cambia. Esta imagen



además de ser inconsciente también pasa a ser consciente y la cual debe ponerse en concordancia con un cuerpo que más tarde será el de una mujer o el de un hombre. El sujeto y su deseo con respecto a éste futuro, se vuelve un deseo de identificación al ser que más ama en ese momento de su vida, en este caso es el padre. Es importante dejar en claro que esta imagen con la que se identifica atañe más a un concepto de función, esto quiere decir que si los progenitores no se encuentran físicamente presentes en la vida del infante, alguien más puede cumplir con dichas funciones. El niño puede o no contar con él como ayuda para hacerse hombre o mujer adulto. A partir de la entrada al Edipo se desarrolla en el infante una visión de sí en el mundo donde su vida imaginaria está dominada por su relación actual con los dos progenitores (Dolto, 1984).

Dolto menciona que este Edipo puede resultar sanamente conflictivo o patológicamente conflictivo. El infante quiere identificarse totalmente con su padre y de igual modo disfrutar los derechos que su padre disfruta con la madre. Es aquí cuando el padre debe dar a su hijo la castración y declararle: *“Será imposible que un hijo ame a su madre como otro hombre la ama. No porque tú eres pequeño y yo grande, sino porque tú eres su hijo, un hijo y su madre jamás puede vivir la unión sexual y engendrar niños.”* Niño o niña, el infante se fragiliza en el momento de la resolución sana del Edipo, porque sin importar lo que se haga, el niño no le es posible seducir a la madre ni a la niña al padre pues estos dos adultos tienen sus deseos ocupados por objetos sexuales que están en otra parte (Dolto, 1984).

Dolto (1987) tuvo algunos casos de bebés, niños y adolescentes que eran diagnosticados con AN. En el caso con los bebés, observó a neonatos sencillamente dejaban de comer, vomitaban, tenían un peso por debajo del que tuvieron al nacer y los médicos incluso los mandaban a su

consultorio dando por hecho que el bebé moriría y el apoyo sería meramente hacia los padres para saber cómo afrontar las circunstancias o usar los últimos recursos para salvar la vida de sus bebés. Uno de los casos más llamativos fue una bebé de quince días de edad llegó a su consultorio porque había dejado de comer y solo se la pasaba durmiendo en el regazo de la madre. La madre tenía tres hijos más, siendo ella su cuarta hija. La angustia de la madre se enfocaba al cuidado de los otros tres hijos quienes fueron dejados a cargo por diferentes familiares y amigos. El padre muy ocupado en su trabajo no había podido pedir vacaciones para involucrarse con el cuidado de los tres hijos mientras ella estaba en el hospital. Otro punto muy importante fue que la abuela, madre de la mamá, acababa de fallecer. La abuela siempre le había prestado ayuda en cada uno de los partos, en el cuidado de los hijos y de la casa.

Los otros hijos también empezaron a presentar algunos problemas de salud y cuando la madre que se enteró que el penúltimo hijo se encontraba enfermo fue cuando la bebé dejó de comer a pesar de que la mamá tenía suficiente leche y no tenía ningún problema en sus pechos. “Desde entonces ya no quiere tomar pecho y duerme todo el tiempo. Yo tiro mi leche, pero temo lo peor” relataba la madre. La manera en que Dolto abordó este caso es muy peculiar. Se dirigió a la bebé, la llamó por su nombre y procedió a explicarle lo que pasaba: “[...] Quizás entonces tu dijiste: *“¡Mi pobre mamita! Es necesario que yo me meta de nuevo dentro de ella, pues cuando estaba en su vientre todo iba bien [...] pero es necesario que tu vivas toda una vida antes de ir a reunirte con tu abuelita”*. A los pocos días la bebé volvió a comer y no regresaron más al consultorio pues “el problema ya estaba resuelto”. También estudió casos de “falsos anoréxicos”, niños con algo que denominó “mamitis” los cuales presentaban vómitos continuos y anorexia por causas traumáticas.

Dolto menciona que estas deficiencias funcionales que presentan los bebés se deben a suspensiones de funciones locales con valor de lenguaje, donde el infante bebe la angustia de la madre y su propio funcionamiento sufre modificaciones. Encontró que un bebé no puede hablar pero si puede llorar y vomitar. El recién nacido confunde fácilmente la laringe y la faringe que son lugares de intercambio muy próximos, en el cual uno está dedicado al cambio sustancial del alimento y el otro hacia el intercambio de sutil del aire (inhalación y exhalación) el cual permite a partir de la laringe y la cavidad pulmonar, la producción de gritos y palabras. Dolto (1987) estudió varios de sus casos clínicos de bebés y niños con anorexia y encontró que había una relación con la imagen del cuerpo y su evolución de se presenta de los 0 a 3 años y cómo ésta se cruzaba con el esquema corporal donde la imagen inconsciente está al servicio del deseo de comunicación psíquica, mientras que el esquema corporal anatómico, está destinado a la satisfacción de las necesidades del niño. Es así como el esquema corporal e imagen del cuerpo se entrelazan uno con la otra hasta el punto de confundirse a veces los deseos en las necesidades.

Es así como Dolto al hablar de la anorexia nos remite a las patologías de las imágenes del cuerpo. Ella expone que después de la castración edípica y del periodo de latencia donde se da comienzo a la vida responsable en sociedad, los adolescentes presentan frecuentemente problemas de anorexia cuyo origen se remonta a los 3 y 6 años de edad. En este caso el Edipo se encarga de reestructurar lo que había sucedido cuando el infante era más pequeño. En el momento de la castración primaria, momento cuando acceden al saber de su pertenencia sexual y al orgullo de hacerse mujeres como su madre. Y a partir de la forma en que la madre haya propiciado la conciencia del nombre del padre, pues alrededor del éste hombre, quien será el representante fálico, será la organización sexual de la niña.

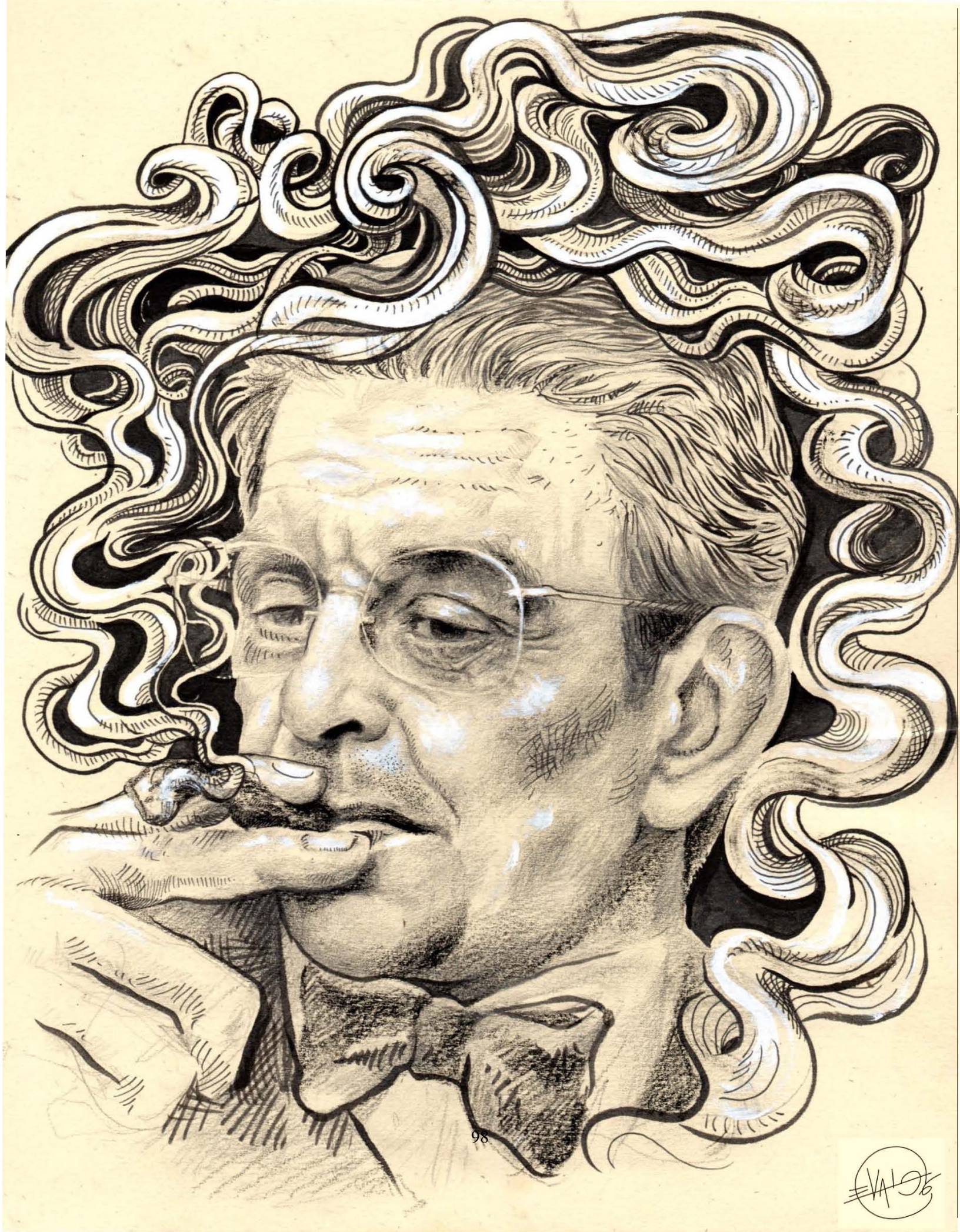
Según Dolto (1987) la AN o la BN son frecuentes en las mujeres que en los hombres. La raíz libidinal de estos síntomas se encuentra en el momento de la castración primaria que menciona Dolto, fue mal sostenida por la madre. Si bien la anorexia se presenta con mayor frecuencia, los hombres que llegan a presentarla, la anorexia se presenta durante la fase de la latencia y la BN en la adolescencia. En las mujeres, la AN se presenta en la pubertad. Esto se debe a que las pulsiones genitales de la niña retoman una organización económica semejante a las pulsiones orales. En el momento del destete las pulsiones orales relativas al deseo del pecho pueden haber sido reprimidas sin que la simbolización en la relación de sujeto a sujeto para el placer entre el bebé y su madre, haya reemplazado y superado el interés táctil y gustativo del pecho para la boca del bebé.

Dolto explica que en la AN el interés por la relación con la madre y el deseo sexual en sentido amplio quedan reprimidos sin transformarse en relaciones humanas con la madre y las mujeres. Con todos los cambios físicos que se presentan en la pubertad, como el crecimiento de los pechos, la menarquia, ensanchamiento de las caderas, entre otros, de manera consciente e inconsciente significa para la joven la posibilidad de la fecundación. Esta obsesión consciente por engordar se refiere de manera inconsciente al embarazo la cual afecta la estética de una mujer joven que quiere seducir por lo tanto, esto impediría gustarse y gustar.

La raíz del problema se sitúa en un conflicto de amor y de deseo respecto al padre y un conflicto de femineidad rival con la madre, misma que se preocupa por su hija pero no concibe la idea de que ésta devendrá en mujer.

Se trata de una perturbación en las relaciones reales entre la niña y su madre, la niña y el alimento, la niña y el padre, su femineidad imaginaria y su falta de experiencia sobre los hombres y la más importante: la niña y su espejo.

Estos son algunos de los muchos aportes de psicoanalistas que si bien, no trataron específicamente casos de TCA, si brindan la oportunidad de leerlos desde otra perspectiva. Si bien es cierto que en el psicoanálisis se aplica el caso por caso, hay varios puntos de partida y diversas perspectivas que ofrecieron sus estudios y observaciones. Es hablar de relaciones, relacionarse con el otro y no con cualquier otro, sino ese otro primario: la madre y función. Primero Freud, abrió el camino donde era importante dar cuenta que la relación con la alimentación iba más allá de solo una negativa a comer y cómo esta estaba vinculada con la historia de cada sujeto. Klein y Dolto psicoanalistas que se enfocaron directamente en el trabajo con los infantes, Klein observó a los bebés y su relación con el pecho-madre y Dolto buscó otros caminos para darles voz a las angustias y deseos de los niños a partir de las artes plásticas. Es hablar incluso de los padres y el papel que juegan en la formación de los sujetos.



*“Desde el origen, el niño se nutre de palabras tanto como de pan, y muere por ellas”*

*Jacques Lacan.*

## **5. La construcción simbólica desde la infancia: aportaciones de Jacques Lacan**

Jacques Lacan, un importante psicoanalista francés tenía como eje central en su teoría el lenguaje. Para esto es importante desglosar qué es el lenguaje y los elementos que lo componen. La Real Academia Española (2018) define el lenguaje como: *“facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos”*. Ferdinand de Saussure (lingüista) en *"Curso de Lingüística General"* (1962) menciona que el lenguaje está conformado por un sistema de signos. El signo es una entidad donde se da la unión entre un concepto (significado) y una imagen acústica (significante). El significante es la representación de la palabra o lo que se denomina como la imagen acústica que es a su vez, la representación mental del encadenado de sonidos que corresponden al concepto. El significado es la expresión, un concepto contenido y/o noción. A manera didáctica, se añade este esquema con el ejemplo de un árbol:

$$\frac{\textit{Significado}}{\textit{Significante}} = \frac{\img alt="A green tree with a brown trunk." data-bbox="525 760 615 835}{\textit{á-r-b-o-l}}$$

Sin embargo Lacan propone invertir el sentido del signo que Saussure postula. Menciona que un significante por sí solo no significa nada. Éste puede tener muchos sentidos y significar cualquier cosa. Lacan lo define como “*Lo que remite siempre a otro significante*”. El significado es “*la parte imaginaria que define al objeto en tanto tal*”. El signo es “*lo que represente algo para alguien*”. Aunque para Saussure el significado y el significante tiene el mismo estatuto, para Lacan indica que el elemento primordial es el significante y el significado solo es *un producto del efecto de la metáfora*. El significante no necesariamente tiene que ser una palabra sino puede ser una unidad de lenguaje más pequeñas que las palabras como los fonemas o más grandes que las palabras como frases y oraciones además pueden hacerlo entes que no son lingüísticos como objetos, onomatopeyas, relaciones, actos sintomáticos, etc. Para Lacan existe una única condición que caracteriza a “algo” como significante y es que esté inscrito en un sistema en que el adquiere valor exclusivamente en virtud de su diferencia con los otros elementos del sistema. Éste no es fijo, sus sentido varía según la posición que ocupa en la estructura (Evans, 2007). Retomando el ejemplo del árbol. Desde Lacan, al decir la palabra "árbol" esto puede significar de muchas maneras, por ejemplo:

$$\frac{\textit{significante}}{\textit{significado}} = \frac{\textit{á r b o l}}{\begin{array}{l} \cdot \textit{árbol de navidad,} \\ \cdot \textit{árbol de levas,} \\ \cdot \textit{árbol respiratorio,} \\ \cdot \textit{árbol de la vida,} \\ \textit{etc ...} \end{array}}$$



Entonces ¿de qué depende el sentido de un significante? Se menciona que este sentido surge a partir del encadenamiento de un significante con otros significantes que los siguen, a lo que nombra *cadena significativa*.

$$S_1 \rightarrow S_2 \rightarrow S_3 \rightarrow S_4 \rightarrow S_5 \rightarrow \dots \rightarrow S_n$$

Es así como el significante es la presencia de una ausencia por lo que el sentido del significante depende de otros significantes que lo siguen. De esta manera, la dimensión del significante cobra relieve solo si se postula que lo que se oye no tiene ninguna relación con lo que significa.

$$\frac{\textit{Significante}}{\textit{Significado}} = \frac{\textit{Presencia}}{\textit{Ausencia}} = \frac{\textit{á r b o l}}{\img alt="A green tree with a brown trunk." data-bbox="578 463 670 538"/>$$

Lacan menciona que el lenguaje es el que determina la posibilidad de existencia del sujeto. El sujeto es lo que representa un significante para otro significante. Todo lo que se relaciona con el sujeto está organizando, estructurado y depende directamente del símbolo (el símbolo se plantea como un fenómeno que humaniza).

La construcción psíquica de los sujetos es un efecto de su relación con el lenguaje. Es a partir del éste que un sujeto puede hacerse una representación, una idea o un saber sobre el mismo y el mundo. Cada sujeto es un ser de subjetividad, quien construye y da sentido al su mundo de manera muy particular. A partir de esta construcción se posibilita la relación con otros, de dar significado e interpretar el mundo y la forma de relacionarnos con los demás. De igual modo, el

lenguaje como función permite conectar, significar, nombrar y articular el mundo psíquico con el mundo externo.

Lacan (1976-1977/2012) menciona: “*La función de la palabra -hace mucho tiempo que propuse esto- consiste en ser la única forma de acción que se plantea como verdad*”. Es por eso que los TCA, más que limitarse a apreciarse como un trastorno, son una verdad que el sujeto vive. He ahí donde radica la importancia de escuchar y analizar el discurso del sujeto y no solo limitarse a reducirlo y clasificarlo.

Se considera importante hablar de algunas de las aportaciones de Lacan que podrían brindarnos un panorama distinto en los TCA en la infancia. Para ello, se consideró fundamental desglosar: el estadio del espejo y la triada: lo real, lo simbólico y lo imaginario.

### **5.1 El estadio del espejo**

Para adentrarse a este concepto es importante retomar algunos puntos que se han desglosado. Melanie Klein describe que los primeros meses de vida del bebé, en la *posición esquizo-paranoide*, este vive su mundo fragmentado, pues no posee la noción de un cuerpo total y unificado. Lacan lo define como *fantasía del cuerpo fragmentado*, en la cual el infante al nacer no experimenta su cuerpo como un todo y todavía no se concibe como sujeto. El infante no tiene la capacidad de identificarse como sujeto, ni diferenciarse de los otros y vive su cuerpo en fragmentos

Según Lacan, para que el infante se pueda identificar como un sujeto, completo, unificado e independiente es necesario pasar por el *estadio del espejo*. El *estadio del espejo* permite que a

partir del proceso de identificación se constituya el yo y se situé el registro del imaginario. El estadio del espejo se define como: “*una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término, a saber: la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen*” (Lacan, 1966/1985).

Por lo general el estadio del espejo se presenta aproximadamente en los primeros 6 a 18 meses de vida. En esta etapa el infante no posee coordinación motriz y está lactando, circunstancia que lo mantiene dependiente de la madre. La noción que posee es de *cuerpo fragmentado*. Cuando este infante se mira en el espejo (aunque no siempre es necesario la presencia de un espejo, pues puede darse por medio de otras personas, por ejemplo, la madre) es por medio de la mirada de la madre por la cual que reconoce su imagen como tal. Se instaura aquí la primera identificación imaginaria: “*Ese del espejo, eres tú*”. Es justo ese momento en que al verse se reconoce como yo pero aun no es atravesado por el lenguaje. Será después, en un segundo momento donde se dé la identificación con el otro.

A partir de ello, el niño se percibe también como una unidad corporal por la identificación con otros. De igual modo, establece una relación del sujeto con su realidad. Lacan (1966/1985) menciona: “*la matriz simbólica de la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto*”. Lacan nos deja entrever que la construcción del yo vendrá de afuera, en este caso, en el espejo hay una imagen que está en el exterior antes de ser interior, por lo tanto el sujeto primero se conforma a partir del exterior.

A partir del segundo momento, el infante busca situarse en el lugar de identificación con su semejante. Éste imita todo lo que lo rodea, si ve a un niño jugar y tener un accidente, llora. El yo es otro y la imagen del semejante se estructura de igual manera a partir de la imagen del propio

cuerpo. Es por medio de la identificación del infante de su propio cuerpo lo que permite la identificación con el otro dando origen al vínculo social. Menciona que el yo [*moi*] tiene la función del reconocimiento en el espejo, por lo tanto es una construcción imaginaria y el yo [*je*] una posición simbólica del sujeto, donde el otro es yo y por lo tanto “*mi deseo es el deseo del otro*” (Lacan, 1966/1985).

Quizás en este punto surge una pregunta ¿Qué pasa cuando hay fallas en el proceso del estadio? Lacan menciona que en el estadio del espejo ocurre: “*la transformación producida en el sujeto asume una imagen*”. ¿Qué sucede con esta imagen? ¿Qué pasa si se queda fragmentada? Por ejemplo, en la psicosis, no se da este proceso. Esta imagen fragmentada es la que queda instaurada en la psicosis. Un ejemplo, dentro de las psicosis se encuentra la *paranoia*, en éste el conocimiento es: “*Éste [je] sabe lo que yo sé [moi]. Y si éste [je] quiere hacerme daño puede porque sabe lo que yo sé [moi]*”.

En los síntomas de la histeria si hay algo fragmentado en esta imagen. La mirada es la que transforma la imagen “psíquica” o imaginaria del cuerpo y esto puede tener consecuencias en el cuerpo real. Usualmente en la AN se entiende que esta imagen que se ve en el espejo está totalmente distorsionada de la “real”. Hablamos de la mirada, una mirada acompañada de angustia, la fantasía de ser otra cosa, un cuerpo ideal que se busca a toda costa a partir de la restricción alimenticia, el conteo calórico, el exceso de control en el cuerpo mismo. Pero ¿qué pasa con los niños? ¿Sucede lo mismo?

Como se ha visto, el estadio del espejo tiene una función importante donde el infante es a partir del otro. En este caso, el otro es la madre o quien sea que ocupe dicha función. Por ejemplo, la madre es quien interpreta y nombra los diferentes llantos de su hijo. Cuando éste siente una excitación en su estómago, él no sabe qué siente ni mucho menos la razón, pero siente una molestia

y llora. Es la madre quien se acerca y entiende (en la mayoría de los casos) que su llanto posiblemente sea porque tiene hambre y con su pecho lo alimenta. Por eso no existe peor sensación de desamparo en un infante que la indiferencia y que su llanto no tenga respuesta es muy doloroso.

Durante el acto de alimentar al bebé, la madre le ofrece su tiempo y sus momentos de ausencia donde el bebé hace surgir la demanda, el hambre como primeros atisbos del deseo del Otro. Hernández (2016) menciona que la madre le ofrece dones a bebé. Es a partir de su abrazo y sostenerlo con sus brazos, le trasmite el tono muscular necesario para controlar sus esfínteres. Le otorga el lenguaje, con el cual en un futuro empecerá a nombrar mundo que lo rodea y le permitirá introducirse en el campo del lenguaje, en el campo del padre. También le ofrece la mirada, estructura fundamental a partir de la cual el bebé acomodará su propia mirada.

Al comer, la pulsión de vida y el amor están en juego. Pero se considera un punto relevante, en el mundo de un niño es muy pequeño y aún está muy limitado. En él todo es muy tangible y aún está muy restringido. El acto de comer no solo alimenta, sino vincula con el otro. Pero ¿Cuál es la lectura de Lacan ante los conflictos en la alimentación? En el encuentro de la demanda de ser alimentado con la demanda de dejarse alimentar, se pone en manifiesto que a esta demanda la desborda el deseo de la madre. No se deja alimentar, evitando hacer desaparecer su deseo a partir de la satisfacción del deseo de la madre. De estas discordancias es ilustrativa la anorexia mental

Si se plantea un escenario, la escuela solicita que se atienda al infante porque detectan un problema o los padres notan que su hijo tiene dificultades para comer, ya sea que no come, come muy poco, vomita, es muy “quisquilloso” o su extremo, come demasiado. Muchas veces se suele nombrar la situación como “*un problema*” “*es mi hijo/hija quien tiene un problema*” donde pareciera ser que la solución por excelencia es buscar ayuda para “controlar”, “calmar” o “estimular” al infante a que su manera de alimentarse (o cualquier conducta) cambie. En esta

dinámica el infante no tiene un lugar como ser humano sino un objeto que no funciona y hay que arreglar. Se busca esta ayuda para acallar la angustia de los padres, dejando totalmente de lado la posibilidad de acallar el síntoma del niño brindando un espacio donde él pueda hablar, ya sea por medio el juego, el dibujo o las palabras.

Lo primero que se busca es orientar a los padres a ver a su hijo como un igual y no como un objeto a calmar. La primera demanda viene de los padres, no del infante. Lacan (1966/2009) menciona *“Es el niño al que alimentan con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo (anorexia mental). [...] A fin de cuentas, el niño, al negarse a satisfacer la demanda de la madre, ¿no exige acaso que la madre tenga un deseo fuera de él, porque es éste el camino que le falta hacia el deseo?”*.

Una realidad a la que todos nos enfrentamos es: la demanda no puede ser satisfecha porque no está del lado de la necesidad, sino del Otro, a lo que falta en ser. Es por eso que Lacan menciona que toda demanda apunta, en cuanto insatisfecha, al deseo. Lacan (1966/2009) indica: *“El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significativa, trae a la luz la carencia de ser con el llamado a recibir el complemento del Otro, si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa carencia.”*

Toda demanda es demanda de amor, demanda de nada, demanda de la presencia y de la ausencia. Pero no es una demanda de necesidad como el hambre o la sed, sino una demanda que direcciona hacia una carencia, hacia la nada. Es por eso que una de las postulaciones teóricas más fuertes hacia una posible explicación sobre la anorexia es la necesidad de *“comer nada”*. Un niño saturado de satisfacciones imaginarias y demandas en las demandas de los padres deja de comer como una manera de encontrarse en *la falta*.

Dolto (1987) menciona que el síntoma del infante tiene que ver con el lugar que ocupa en la fantasía inconsciente de los padres, enmascarando la angustia de la madre y/o del padre. Por eso no es extraño que cuando un niño acude a análisis (o terapia) no quiera trabajar. Sin embargo, eso no significa que sea imposible trabajar con los niños, se puede propiciar que éste se apropie del espacio. Al final, la demanda de los padres es el primer paso para el trabajo analítico o terapéutico, sin embargo, el objetivo es salir de esta demanda y apropiarse de su espacio de cura.

Por otra parte, ¿a qué se hace referencia con este mundo tangible y limitado en el que vive el niño? ¿Esto es un obstáculo? ¿En algún punto cambia? Para ello, es importante adentrarse en el tema de la triada: lo Simbólico, lo Real y lo Imaginario.

## **5.2 Los tres registros**

Quizás una de las propuestas teóricas más importantes de Lacan son los *tres registros*, *el Imaginario*, *lo Simbólico* y *el Real*. Lacan (1953) plantea en una de sus conferencias “*Lo simbólico, lo imaginario y lo real*” tres registros que estructuran al sujeto. Son registros que están vinculados entre sí, esenciales de la realidad humana.

### **5.2.1 El Imaginario**

El estadio del espejo permite que a partir del proceso de identificación se sitúe el registro del imaginario. El infante se percibe fragmentado y no existe una diferencia entre su cuerpo y el de su madre. A partir de la madre y la identificación, él reconocerá una imagen en el espejo, anticipando imaginariamente la forma total de su cuerpo.

También ya hemos hablado del yo [*moi*] que surge a partir de la imagen de un cuerpo unificado a partir de la mirada del Otro, esta ilusión de unidad del cuerpo. Podría decirse que el imaginario tiene una connotación de algo “ilusorio”, pero va más allá de una ilusión solamente.

El imaginario es el registro que surge a partir de la imagen. Está relacionado con las sensaciones, la percepción y los afectos/sentimientos. El je [*moi*] está implicado con el desconocimiento, la alienación, del amor y de agresividad en la relación dual (Chemama, 1996). Como podemos observar el imaginario es el primer registro que se forma en el sujeto. Es el reino de las imágenes, el engaño y el señuelo. Las principales ilusiones de lo imaginario son las de totalidad, síntesis, autonomía, dualidad y semejanza. El orden de éste se basa en el significado y la significación, elementos del lenguaje (Evans, 2007).

Hablar del imaginario es hablar de apariencias superficiales, todo esto que se da a partir de los fenómenos observables. Surge una pregunta: ¿acaso viviremos en una época donde predomina el imaginario? Dentro de los diversos enfoques de la psicología que se dedican a explicar el origen de los TCA, una de las explicaciones que ofrecen estos surgen a partir de los dictámenes de la moda, de las tendencias. Existen factores de riesgo entre ellos los sociales para efectivamente no son los de mayor peso. El sujeto inmerso en el efecto de la imagen especular, enfrenta las vastas “promesas/demandas” donde se ofrece la idea (por ejemplo, por medio de modelos, artista o “*influencers*”) de que no hay cosa más importante que buscar belleza, éxito, felicidad, inteligencia, sexo etc. Si se observa que determina el fenómeno actual, pareciera ser que en estos tiempos, la realidad se vuelve un escenario y éstos conceptos solo se sostienen si se comprueban o se demuestran constantemente y muchas veces esto se busca a partir de la imagen del cuerpo.



### 5.2.2 El Simbólico

El registro de lo simbólico es el que se ubica el campo de la palabra, el lenguaje. Sin embargo, el lenguaje no solo se atribuye al orden simbólico, también involucra las dimensiones imaginario y real. La dimensión simbólica del lenguaje es el significante. Este registro abarca toda la actividad humana.

Lévis-Strauss menciona que el mundo social está estructurado según ciertas leyes que regulan las relaciones de parentesco, intercambio de presente y esta idea es muy importantes en la concepción lacaniana de lo simbólico. Como sabemos la forma básica de intercambio es la comunicación y conceptos como Ley o Estructura no hay manera de concebirlas si no es por el lenguaje, el simbólico es una dimensión lingüística (Evans, 2007).

Chemama (1996) menciona que el simbólico es un organizados subyacente de las formas predominantes de lo imaginario. Es a partir de la falta de ausencia como se puede elaborar lo simbólico en la función significando a partir de la cual se designa una pérdida. Es el mundo de las palabras el que crea el mundo de las cosas la palabra no solo organiza la realidad, sino da acceso a esta realidad y al otro.

Como vimos en el Estadio del Espejo, por medio del imaginario se instaura la imagen formadora pero alienante, sin embargo lo simbólico surge a partir de la nominación del niño pues el sujeto no podría ser identificado por otra cosa que por un significante que en la cadena significante, siempre remite a otro significante. El orden simbólico es el determinante de la subjetividad y el imaginario es sólo un efecto de lo simbólico. Por eso la importancia de que en análisis se atravesase más allá del imaginario y se trabaje en el orden simbólico. ¿Cómo? Quizás sea importante preguntarnos ¿a qué se va a análisis? Un sujeto va a análisis a buscar su propio

sentido. El sentido surge a partir del enlace o encadenamiento lógico de significantes. Lacan indica que toda realidad es realidad de significante. Y toda realidad es simbólica. ¿Y en la infancia? En la infancia, este orden simbólico se va conformando. No es que no exista sino es primitivo pero esta. ¿Existe alguna diferencia entre las palabras de un adulto a las de un niño? No realmente, pues se trata de hablar de posición. No hablamos de una superioridad sino que es el adulto quien será el responsable de introducir al niño al mundo del lenguaje y que esto no se dará por obra de la evolución, el niño necesita ese sostén. Por ejemplo, en los niños toda acción del otro como los cuidados, la alimentación incluso la presencia es incorporada a partir del simbólico, si no existiera este orden simbólico los cuidados no serían vividos como tales sino como intrusiones, como es el caso del autismo. Este sostén lleva a cada sujeto a responder a la pregunta ¿qué es lo que quiere el Otro de mí?

### **5.2.3 Lo Real**

El registro de lo real, se define como relación a lo simbólico y lo imaginario. Todo aquello que no puede ser simbolizado con la palabra. Lo real es eso que se calla, porque se encuentra más allá de lo simbólico que lo ha hecho callar. Lacan (1966/1985) menciona “*Lo real es aquí lo que vuelve siempre al mismo lugar, a ese lugar donde el sujeto, en tanto cogita [...] no lo encuentra*”. Lo real se caracteriza por no ser encontrado, pues escapa de lo que puede ser captado por el pensamiento. Lo real es lo imposible, porque es imposible de imaginar, de integrar en cualquier orden y de obtener. Hablar de lo real, es hablar del inconsciente. También se le asocia la sustancia material, pero en lo real también se incluyen las alucinaciones o sueños traumáticos, por lo que no hay que limitarlo a una circunstancia solo externa, sino este se encuentra tanto dentro como fuera (Evans, 2007). Lo real es el objeto de la angustia no tiene ninguna mediación posible, Lacan

(1954-1955/2014) menciona: “*el objeto esencial que ya no es un objeto, sino ese algo enfrentado por lo cual todas las palabras cesan y todas las categorías fracasan, el objeto de la angustia por excelencia*”.

Considero importante hacer dos aclaraciones. La primera es la diferencia de *lo real* y *la realidad*. *Lo real* es incognoscible e inadmisibile pero *la realidad* se define como las representaciones subjetivas que son un producto de articulaciones simbólicas e imaginaria (Evans, 2007). Y la segunda es la diferencia entre *la verdad* y *lo real*. Quizás hacer esta diferenciación es un poco más complejo porque la verdad es bastante similar a lo real. La verdad total es imposible de articular pero es por esta imposibilidad que la verdad aspira a lo real. La verdad no es algo bello o que cause un beneficio, esta puede ser terrible, dolorosa y angustiante. “La” verdad como tal no existe, no se trata de establecer una verdad única y universal, sino de una verdad particular de cada sujeto. Al final, es una verdad que vale para cada sujeto. Ésta siempre será la verdad sobre el deseo y la meta del tratamiento es llevar al analizante a articular esta verdad por medio del movimiento dialéctico (la dialéctica de Hegel: tesis-antítesis-síntesis) de la cura en sí (Evans, 2007).

Se puede dar cuenta que si la realidad humana, como lo describe Lacan, está conformada por lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real, esto lleva a plantear varias cuestiones.

Se habla de entidades independientes pero ¿tiene algo en común? Lacan (1953) en su conferencia “*Lo simbólico, lo imaginario y lo real*” indica que sí. Para esto, es importante introducir un concepto: *le simthome*. Para el psicoanálisis, la verdad que no se nombra o es reprimida se presenta en forma de síntoma. En las AN o las BN, el síntoma habla desde el cuerpo. El síntoma está presente pero no se puede discursar. Cuando mencionamos que este síntoma es

una verdad que el sujeto vive, referimos a que esta anudado como parte del funcionamiento psíquico. Viene de una historia familiar que impacta en la historia singular del sujeto. Es eso que el sujeto se pregunta (en el mejor de los casos) *¿por qué siempre me pasa lo mismo?* Evans (2007) menciona que lejos de pedir una disolución analítica, el sinthome es lo que permite vivir al proporcionar una organización singular del goce. Por lo que en análisis tiene como fin llevar a la identificación con el sinthome.

Y quizás aquí se situó un punto de separación entre el discurso psiquiátrico y el discurso del psicoanálisis. Para la psiquiatría, el síntoma es el mal estado de salud del sujeto el cual se busca erradicar a toda costa. Ese enemigo a eliminar para traer al “paciente” de nuevo a la normalidad, a esto es lo que le llama curar, que no es otra cosa que eliminar todos los síntomas. Por eso quizás, la solución obvia en los TCA sea que el paciente vuelva a comer, con los atracones, que coma con moderación, con la bulimia que coma y no vomite.

Desde el psicoanálisis, hay otra lectura. En vez de hablar de trastornos o síndromes, se habla de estructuras. El síntoma no es el enemigo a vencer, sino el sujeto a escuchar. Éste lo constituye y por lo tanto no busca erradicarse, sino transformarlo hacia caminos más provechosos para la vida psíquica del sujeto. Lo sintomático estará ahí, lo que cambia son las formas en cómo se pueden manifestar.

Cuando se habla de los TCA, se dice que lo trastornado es la conducta de comer. Con esto se da por hecho que la alimentación debe cumplir ciertos requisitos para que esta se considere “normal” y que de igual modo debe cumplir una serie de requisitos para que esta se considere “anormal”. Pero quizás la pregunta radique en cuestionarnos la alimentación o preguntarnos ¿qué es alimentar?

Como ya he mencionado antes, alimentar no solo el acto de nutrir el cuerpo con alimentos, desde la infancia éste está asociado con el vínculo. Comer vincula con el otro. No es el alimento sino qué significa de modo muy particular el comer o dejar de hacerlo. Lacan señala que niño deja de comer porque está saturado por la madre, recreando así una falta que se ha “taponeado” en su intento de satisfacer solamente sus necesidades. O por ejemplo se puede hablar, hablemos del niño caprichoso que elige el hambre antes que un alimento que no le gusta, protegiendo su deseo contra la demanda, contra el capricho del Otro, pues, desde su lectura, su deseo es lo único que importa. Este deseo se encuentra en la particularidad, es hablar de nuestras preferencias, de los caprichos. Por poner un ejemplo, puede el niño que pide de postre un helado pero si este no trae una cereza o chispas no lo comerá. Otro de adultos ¿realmente hay mucho diferencia entre un cappuccino y un latte? (investigando un poco sí la hay pero viéndolo de un modo reduccionista los dos son café con leche y espuma). El deseo despierta por las palabras y justo esta unión lo que se trata en un análisis.

Y por último ¿qué tanto limita o facilita llamar TCA a todas estas manifestaciones como lo son la AN, la BN, los TPA, la pica? A partir de Lacan y sus propuestas, se puede hacer notar que todas son formas de relacionarse con el alimento, con lo que significa para cada uno el comer. El niño no come o deja de comer de la nada, el adulto tampoco. Casi siempre se explica que los TCA aparecen porque las mujeres buscan cumplir los cánones estéticos que la sociedad impone. Sin embargo, ¿Qué pasa cuando no es así? Razones hay muchas y cada una es muy particular. Es dejar de lado La AN o La BN para hablar de las anorexias o las bulimias.

La psiquiatría-psicología, específicamente se hace alusión a los manuales diagnósticos, están para dar intervención de manera “masiva”, no para el caso por caso. Por masivo se refiere a la razón del origen del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales mejor conocido como DSM, el cual surge después de la Segunda Guerra Mundial para clasificar y dar

diagnósticos de forma rápida a los soldados de guerra y que a la fecha se sigue utilizando. Con el DSM se ofrecen a los “pacientes” la promesa de devolverlos a la “normalidad”: *Doctor, mi hijo tiene un problema, cúrelo*. Eso por parte de los psiquiatras o psicólogos. ¿Y del lado de los “pacientes”? Quizás también puede ser muy conveniente tener un diagnóstico, pertenecer a una clasificación que alivie quizás solo un poco la angustia que causa preguntarse sobre uno mismo, el miedo a descubrir un poco de locura o algo “anormal” en cada uno o la excusa perfecta para dejar de cuestionarse, de preguntar-se. Pasar de la pregunta “¿por qué soy como soy?” a la certeza de “padezco depresión, anorexia, bulimia, etc.”

Con esto, nos lleva formular varias preguntas ¿el psicoanálisis puede llevar a un cambio en la forma en cómo todos nos relacionamos con los alimentos? Desde ésta lectura se considera que es posible. ¿En los infantes? Claro, solo no se puede dejar de lado que si bien su lenguaje puede llegar a estar limitado o sencillamente ser nulo, tienen otros medios para hablar, como lo es el juego. El juego del niño en transferencia se establece a partir de la demanda de querer saber acerca de la vida, la muerte, el sexo, etc. Hay significantes base, sin ellos las significaciones no pueden constituirse. De este modo el niño entra en una estructura simbólica que lo antecede, en la estructura inconsciente de los padres. El objetivo no es echar la culpa de todo a los padres, pero sí de hacerlos presentes y personajes activos en la realidad del niño. Tampoco se trata de plantearnos “una madre o un padre ideal”, pero sí de preguntarse sobre las fantasías que se depositan en los niños. Se trata de llevar al síntoma hacia un saber hacer en él y no a su desesperada extinción. Es una invitación a leer el malestar desde otra perspectiva diferente, menos patologizante y más abierta a la escucha (que tanta falta hace en nuestros tiempos).

## 6. Discusión y conclusiones

Hablar de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es hablar de un fenómeno bastante polémico. Como se menciona en el primer capítulo de este documento, las estadísticas no arrojan resultados “alarmantes” como para considerar lo que otros muchos han mencionado como una “epidemia”. Los estudios mencionan que a nivel mundial, por cada 100,000 habitantes 12 personas presentan este problema de salud (APA, 2013). Sin considerar que estos resultados corresponden a una serie de diagnósticos realizados a partir de los manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Clasificación Internacional de Enfermedades dentro de los muchos artículos analizados, se encontró un eje importante: existe una forma muy particular de relacionarse con la alimentación.

Considero importante dar cuenta, a grandes rasgos, del tipo de relación que se tiene con los alimentos en México. A diferencia de otros países donde la anorexia o la bulimia son un problema de salud relevante, en México los temas más importantes son el sobrepeso y la obesidad, los cuales son nombrados como “la epidemia de nuestros tiempos”. Se han buscado muchísimas formas de combatir ésta problemática. Se han echado a andar muchos programas de intervención como lo son: a) incrementar el precio de las bebidas azucaradas y comida “chatarra”; b) eliminar la venta de dichos alimentos en las escuelas; c) implementar la creación de programas de activación física en los trabajos como lo es “Pausa para la Salud”; d) colocar el número de calorías que contienen los platillos, bebidas, postres, etc. en envolturas y el colocar esta esta información en menús de los restaurantes. Realmente han sido muchísimas estrategias pero ninguna es eficaz. ¿Porque? ¿Qué está pasando con la manera de comer de las personas? Y es que quizás ese sería el primer punto a cuestionar: La forma en que el discurso psiquiátrico-psicológico aborda los fenómenos a

los que denomina “enfermedad”. ¿Es que acaso no se puede explicar nada desde otro lugar que no sea desde "la enfermedad"?

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han sido definidos como “*aquellos procesos psicopatológicos que presentan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en la alteración psicológica que se acompaña de una intensa distorsión de la percepción corporal y de un miedo profundo a la obesidad*” (Mancilla, *et al.*, 2006). ¿Realmente todos los casos de anorexia o bulimia se tratan de una distorsión de la percepción corporal y de un miedo profundo a la obesidad?

A propósito del eje de investigación de esta tesis, surge una pregunta: ¿Por qué el psicoanálisis? A diferencia del discurso psiquiátrico- psicológico, el psicoanálisis propone una intervención diferente de lo que muchas veces se ha denominado “enfermedad”.

En el discurso psiquiátrico- psicológico coloca un “saber” impositivo para buscar dar sentido al sujeto a partir de la “certeza” de los diagnósticos, en el cual el “enfermo” es clasificado según una serie de “términos y condiciones”, es etiquetado, donde dicha etiqueta constituye de manera definitiva.

El psicoanálisis permite que el sujeto tome una participación responsable ante su malestar.. Como habíamos mencionado en el capítulo “El Psicoanálisis y Trastornos de la Conducta Alimentaria” en el apartado “*¿Por qué la perspectiva Psicoanalítica para un replanteamiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria?*” El psicoanálisis abre un espacio para expresar con palabras lo que el cuerpo manifiesta ya sea porque es doloroso, peligroso o desconocido. Se trata de dejar de lado los discursos patologizantes y formular preguntas más allá de explicaciones “científicas”.



Para la psiquiatría-psicología el síntoma es universal, cuando desde el psicoanálisis podemos dar cuenta de que se habla de lo particular. Los manuales diagnósticos se enfocan en modelar la normalidad. Se podrán eliminar un sinfín de aflicciones que se sienten en el cuerpo pero que al final no se llega a captar las verdaderas causas de su malestar pues éste está más allá de lo biológico. Roudinesco (2018) menciona: *“la muerte, las pasiones, la sexualidad, la locura, el inconsciente, la relación con el otro da forma a la subjetividad de cada uno, y ninguna ciencia digna de este nombre acabará jamás con ello, afortunadamente”*.

Como podemos dar cuenta, dentro de los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria, Freud se enfocó en el estudio específicamente de la anorexia. Para Freud la anorexia es vivida a través de un síntoma pero ¿de qué tipo? En el campo de estudio de Freud, se hablaba que la anorexia se encontraba del lado de la histeria y hablar de histeria es hablar de la clínica de la neurosis. Ver a la anorexia como síntoma de la neurosis, en este caso histérico nos lleva a pensar que el dejar de comer es la forma en que el cuerpo da voz a ese mensaje que se ha silenciado.

Como se planteó en el apartado *"Sigmund Freud. La etapa oral y la histeria "* para Freud la anorexia era un padecimiento peligroso incluso mortal por lo que hacer uso de un tratamiento “rápido” era necesario, así que hacer uso del psicoanálisis no era viable pero ¿Quizás estamos hablando de la posibilidad de que la anorexia fuera un enigma para el psicoanálisis desde Freud? Al analizarlo, el colocar a la anorexia como una histeria es lo que limita el entender al síntoma y concluir que es intratable. Pero ¿por qué? Dentro del estudio realizado en esta tesis se busca dar cuenta de que no se trata de nombrar a este fenómeno como La Anorexia o La Bulimia, sino de las anorexias o las bulimias, en plural.

Las anorexias pueden presentarse como mensaje, demanda inconsciente, como es en el caso de la histeria, pero también puede representar una búsqueda de separación, rechazo o defensa.

En la anorexia o en la bulimia puede haber la posibilidad de que surja como respuesta a la demanda de una sociedad enfocada en el cuerpo pero bien no siempre es así. Y una manera de verlo es la anorexia o bulimia que se presenta en los niños. Pero ¿qué sucede cuando un niño deja de comer o come demasiado? No se niega que puedan existir casos donde está moda sea la razón que los lleve a dejar de comer incluso he leído de niños con problemas de alimentación y hablan de “calorías”, “engordar”, etc. Sin embargo, dice Lacan (1955-1956/2015) *“creen que están ante alguien que se comunica con ustedes porque les habla en el mismo lenguaje”*.

Sin embargo el asunto va mucho más allá de eso. De los cuatro teóricos que se mencionan en este trabajo, se coincide que la alimentación va más allá del nutrir.

La alimentación es la primera manera de vincularse con el otro. No solo es nutrir el cuerpo sino es hablar de la palabra del amor, las reglas, las necesidades y el deseo. Por lo que la perspectiva freudiana si puede llegar a ser limitante en la clínica de las anorexia y las bulimias.

La alimentación está ligada con la madre, con la función de la madre. Es la primera forma en que el bebé se vincula con el otro. Hay diferentes momentos, al inicio el bebé como Klein, Dolto y Lacan han resaltado éste no se diferencia de su madre pero conforme se va dando su desarrollo, empieza a notar que existe otro del cual depende, tal es el caso de la alimentación. ¿Cómo sabe el bebé que lo que siente en su cuerpo se llama hambre? A partir de la madre.

El comer no solo se vuelve un momento de nutrición sino adquiere muchos otros significados. La alimentación es la base de la función materna donde la libido y el alimento están fuertemente ligados. La relación negativa hacia la alimentación es un proceso de incorporar y destruir a la figura materna. Aunque esta explicación está centrada en mujeres y adolescentes.

Una de las interrogantes desarrolladas en este trabajo es si las anorexias o las bulimias, pertenecen a un tipo de estructura, ya sea neurótica, psicótica o perversa o si por sí mismo plantea a su manera la cuestión del deseo. Desde la clínica de Freud, la anorexia es histérica, por lo tanto pertenece a la estructura neurótica. Sin embargo, como se observa, no da el alcance para intervenir en el síntoma. La propuesta de Freud con respecto a la alimentación si bien difiere al discurso que propone la psiquiatría y la psicología, donde el dejar de comer solo está de la mano con la moda del cuerpo esbelto y la belleza, pareciera que vuelve a aterrizar en la explicación de la sexualidad.

Por otra parte Klein propone una forma diferente de ver la alimentación de los bebés. Desde los diferentes tipos de lactantes y cómo éstas definirán en un futuro la alimentación y el modo de relacionarse con el otro. Consideró que era de gran importancia observar a los bebés para entender su vida emocional.

Para dicha autora los *buenos lactantes*, son los bebés que no son voraces y muestran signos de amor e interés por la madre en una etapa muy temprana, elementos que son muy importantes en la instauración de una relación objetal. Este tipo de relación durante vida temprana del bebé y el placer por la comida, son buenas señales para futuras relaciones con los demás y para un buen desarrollo emocional.

Sin embargo para Klein, también existen los denominados *malos lactantes*, los cuales presentan una incorporación muy lenta de la comida reflejando la falta de goce libidinal. Los bebés presentan ansiedad excesiva que se ve manifestada hacia la comida, la cual perciben como un peligro para su estabilidad emocional. Menciona que hay tres principales razones que dan origen a este tipo de perturbaciones. La primera es un marcado rechazo de la comida, aunque este puede irse moderando al momento de integrar nuevos alimentos. El segundo, es la falta de placer en la comida, esto era un indicador de que en el desarrollo de relaciones objetales se hace uso excesivo

de mecanismos propios de la posición esquizo-paranoide y no pueden ser manejados adecuadamente, acentuando las actitudes ansiosas y destructivas por medio de las cuales el bebé se relaciona con los demás. Y por último, los niños supervoraces, donde la comida se convierte en la única fuente de gratificación indicando un fracaso en la elaboración de la posición esquizo-paranoide.

Hay varios puntos interesantes desde la perspectiva kleiniana. Llama la atención que Klein aborde el otro extremo con respecto a la alimentación, así como hay bebés que rechazan la alimentación, habrá quienes sean voraces. Para ella, había una característica que define la actitud del bebé y es el manejo de la frustración, que son todas esas reacciones y modulaciones de las actitudes hacia la madre dadora de alimento por medio de las cuales le muestra confianza y amor. Menciona que el bebé que se alimenta se vincula desde el amor y la confianza, con su primera relación objetal: la madre. Cuando esta relación no es buena, impactará en la forma en cómo se concibe, en este caso: la alimentación.

Melanie Klein no tuvo casos donde específicamente hablara de anorexia o bulimia, pero si observó que a veces los bebés dejaban de comer o comían demasiado. Atribuyó este tipo de conductas primero al amor-odio en la relación objetal establecida con la madre y por otra parte, al manejo de la ansiedad y frustración que el bebé vive a lo largo de la posición esquizo-paranoide y la depresiva.

El vínculo entre el bebé y la madre se centra en la relación con el pecho. Las experiencias fundamentales de amor, felicidad, frustración y odio, están ligadas al pecho de la madre. Este vínculo con el paso del tiempo se irá fortaleciendo a medida que el pecho se instala en el mundo interno e influirá en todas las demás relaciones por ejemplo, con el padre, los hermanos, los amigos, etc.

Para Klein la forma en cómo el bebé elabora, a partir de la comprensión, reconocimiento y apoyo de la madre, los conflictos y el manejo de las ansiedades a lo largo de las etapas es la clave para el desarrollo de alguna psicopatología en la vida adulta.

En cuanto a Dolto, ella pudo observar que el fenómeno de la anorexia y la bulimia solo era exclusivo para adolescentes o adultos jóvenes. A su consultorio llegaron bebés, niños y adolescentes con este padecimiento. Un padecimiento más angustiante para los padres que para el niño. Dio cuenta que no hay una razón orgánica por la que dejaran de comer o vomitara. También dio cuenta de que eran considerados casos intratables y el apoyo más que dirigirse a los infantes, se dirigía a los padres para ayudarlos a atravesar el momento difícil y prepararse para la pérdida del niño.

Por supuesto que es difícil pensar que un infante que deja de comer y que aparentemente no hay explicación médica que explique qué le sucede o que lo “cure”.

En sus múltiples casos de bebés con anorexia y/o bulimia, notó que las deficiencias funcionales que presentaban los bebés se debían a la suspensión, incluso a la ausencia, de las funciones locales con valor de lenguaje. Ante la angustia de los padres, el bebé sufría modificaciones en su funcionamiento. Un bebé no puede hablar pero si comunicarse, apenas empieza a desarrollar el lenguaje que les permitirá el uso del lenguaje. Antes del lenguaje se comunica a partir del llanto, vomito o la supresión del apetito.

Que un niño vomite o deje de comer y que no haya una razón orgánica en juego, nos dice que algo que no puede acceder al lenguaje, se está comunicando mediante el cuerpo. Por lo tanto, la anorexia y la bulimia son patologías derivadas de la imagen del cuerpo. Este tipo de respuestas están relacionadas directamente con el entrelazamiento confuso del esquema corporal y la imagen

del cuerpo, donde el primero está al servicio de la satisfacción de las necesidades y el segundo al deseo de comunicación psíquica.

El desarrollo de esta imagen se da de los 0 a 3 años de edad, lo cual permite ubicar que al igual que propone Klein, si desde el origen existen fallas, se desarrollará una patología. Dolto identificó que cuando la anorexia aparecía en los primeros años de la infancia esta se presenta con más frecuencia en varones y que cuando ésta aparecía en la adolescencia, se manifestaba más en mujeres.

Un aporte a la posible explicación de la anorexia y bulimia, está ubicada en la etapa Edípica, en el cual se estructura en los infantes la organización sexual. Dolto dio cuenta que la mayoría de las veces eran niñas quienes presentaban más este fenómeno. A lo largo del desarrollo de este trabajo, es un punto que también llama la atención, son más las niñas y mujeres quienes presentan algún problema en la forma de relacionarse con el alimento, sin embargo no es algo exclusivo del género femenino.

Lo que no se transforma en ese momento es la relación con la madre y el deseo sexual, lo cual imposibilita uno, las relaciones con el otro, en este caso con la madre y en general con la figura de la mujer y dos, la identificación con la misma. Durante la pubertad se presentan cambios físicos, por lo tanto cambios en el esquema corporal. En algunos casos que Dolto revisó los cambios físicos que marcan de manera consciente e inconsciente la posibilidad de fecundación, dando lugar al conflicto con lo femenino haciendo que por parte de la hija surja rivalidad con la madre, y por parte de la madre, la imposibilidad de concebir que su niña devendrá en mujer.

Surgen algunas preguntas al respecto: ¿podría decirse que el problema radica en la madre? ¿Puede haber un cambio que posicione a la “hija” en otro lugar que no se ser el rival de la madre?

Y ¿qué hay del padre? Del padre no se habla mucho en general. En libros que consulté para el desarrollo de éste trabajo, muchos de ellos citaban casos en los cuales el padre era eliminado de la ecuación con solo dos palabras: “*padre ausente*”. En todas las teóricas revisadas, sobre Trastornos de Alimentación, existe un factor común: el padre ausente ¿Acaso ésta condición también influirá en la aparición del fenómeno de la anorexia y bulimia? El papel del rechazo, la angustia, la demanda y la falta, asociados a esta ausencia quizá dan cuenta de la función del alimento en la anorexia, bulimia y otros fenómenos en la alimentación.

Por último, para iniciar con la discusión, el apartado de Lacan se formula una pregunta: ¿de qué hablamos cuando de comer se trata? Hemos visto que la alimentación va mucho más allá de solo ingerir alimentos. Hablamos de un vínculo, un vínculo con la figura de la madre y la ausencia de un padre. Si no solo se trata de ingerir alimentos, ¿de qué se tratará? Múltiples tratamientos para la anorexia y la bulimia se enfocan principalmente en que el paciente vuelva a comer o en el caso de la obesidad, que el paciente reduzca su forma de comer según los estándares exigidos desde el campo de la nutrición. Sin embargo, el volver a comer no ha fungido el papel de cura, al contrario, hay un alto grado de reincidencia. En casos de anorexia en jóvenes adultos muchas veces se escucha la frase: “*me obligo a comer*” colocando a la conducta en si como la ley a cumplir, misma ley que se rompe. No es que no sea importante, pero quizás no es el punto central.

Si bien es cierto que la alimentación es una de las necesidades básicas de los humanos, hay situaciones que llevan a la reflexión sobre el otro papel que juega. No es coincidencia que el comer sea una convención social, un punto y momento de convivencia. ¿Siempre que se come es por hambre? ¿No resulta curioso que las celebraciones siempre estén acompañadas de alimentos? ¿Qué es lo especial de que se nos cocine nuestro platillo favorito? ¿Qué hay del niño que hace todo un berrinche para que le compren un dulce? ¿O el bebé que pide volver a tomar del pecho de la madre

aunque tiene poco de haber sido alimentado? Lacan (1956-1957/2008) menciona en el Seminario 4 “La relación de objeto”: “*Toda demanda es demanda de amor*”. Quizás en el acto de comer esté vinculado con el amor o el rechazo del mismo. Es interesante dar cuenta en los casos analizados en éste trabajo, lo que relatan los “pacientes” no solo está relacionado con comer. Se calla, y en el mejor de los casos se habla, de algo más. Se silencian las tristezas, demandas, enojos, frustraciones, pasiones, amores, abandono, soledad, ausencias y se hablan con el cuerpo, un cuerpo que no quiere comer, si come lo vomita o en otros casos lo ingiere con voracidad.

Podríamos retomar el ejemplo del niño que hace un gran berrinche por un dulce. Hay dos posibles soluciones: comprarle el dulce o dar cuenta de que no se trata del dulce en sí. ¿Qué sucede con los niños a los que se les da todo lo que piden? Es curioso que en circunstancias así la demanda más que apaciguarse, se acentúe. Quizás la pregunta sea: ¿qué es eso que se demanda?

En el caso de las personas con anorexia o bulimia ¿Qué demandan? Lacan menciona que el niño que deja de comer lo hace porque está saturado de la madre. Ahí donde (nada) falta. ¿Qué es eso que se intenta comunicar cuando se manifiestan estos fenómenos en la alimentación?

Lacan (1960-1961/2006) abre la pregunta: “*¿Qué es una demanda oral? Es la demanda de ser alimentado. ¿A quién se dirige? ¿A qué? Se dirige a ese Otro que espera [...]. La demanda de ser nutrido responde, a través de la estructura significativa, en el lugar del Otro, de una manera que se puede decir lógicamente contemporánea a esta demanda,... la demanda de dejarse nutrir...*”

¿Qué, en apariencia, responde mejor a la demanda de ser alimentado que aquella de dejarse nutrir? El encuentro de demandas. Es en el encuentro de la demanda de ser nutrido y la de dejarse nutrir, surge el primer conflicto que estalla en la relación de nutrición. Dicha demanda la desborda



un deseo y esta no podrá ser satisfecha sin que el otro deseo allí se extinga en el sujeto “*que tiene hambre de lo que a su demanda de ser nutrido responde la demanda de dejarse nutrir*”.

¿Qué sucede en esa negativa de dejarse nutrir? En el encuentro de la demanda de ser alimentado por parte del bebé con la satisfacción de dejarse alimentar, la madre demanda que el niño se alimente. El bebé está al uso del deseo de la madre en esta posición dependiente de la demanda de la madre de dejarse alimentar. Cuando el bebé se ve atrapado en ese deseo es cuando decide no comer con el fin de escapar de esa dependencia de la madre, una madre no faltante, una madre toda demanda. Lacan menciona (1960-1961/2006): “*estas discordancias entre las cuales la más graficada es la negativa a dejarse nutrir, la anorexia, llamada más o menos acertadamente, mental.*”

Sin embargo, la pregunta también puede situarse en otro lugar, en el lugar del otro que le demanda al sujeto que vuelva a comer. ¿Qué se les demanda? ¿La urgencia de que vuelvan a comer porque su vida corre peligro? O se trató de mitigar la angustia que surge por esta relación caótica con los alimentos. Pero la angustia ¿de quién? En capítulo “*La construcción simbólica desde la infancia: aportaciones de Jacques Lacan*” se menciona que al sujeto se le ve más como un objeto descompuesto en ciertas conductas y por lo tanto hay que arreglar. Atrás de todo síntoma hay un sujeto por escuchar. Desde Lacan no se busca clasificar y emitir un juicio de qué es aceptable o no es una persona. Se busca escuchar el síntoma y dar cuenta que éste lo constituye. No se trata de erradicarlo sino de reconocer los significantes que lo atraviesan y lo conforman como sujeto. No se trata de hablar de enfermedades, sino de estructuras. Tampoco se trata de elegir la estructura más común, saludable o correcta. Considero que es posible de estos fenómenos de la alimentación se puedan presentar en todas las estructuras, pues pueden llegar a presentarse de muchas maneras. Algunos sujetos pueden presentar alucinaciones y el momento su quiebre se presente cuando se

tocan significantes como la fecundación o el ser mujer. Hay casos en los que las razones si sean por las tendencias o las modas y habrá otros casos que no lleguen a grados muy avanzados que pongan en riesgo su salud, pero siempre están presentes en el discurso del sujeto en forma de preocupación, culpa o dudas. Habrá casos en niños como los que mostró Dolto, que la angustia que se vive es la de los padres y esto los lleve a dejar de comer o solo sea un medio de manipulación.

Por último, en la lectura de los fenómenos en la alimentación como lo es la anorexia, bulimia y obesidad se trata de dar cuenta de la función de la alimentación. De dar cuenta del papel del rechazo, la angustia, la demanda y la falta. Y por último, que no todos los padecimientos de viven de la misma manera para todo y por lo tanto es importante darles su particular lugar a palabra. En el campo de la clínica, Lacan propone reintroducir la “palabra” de otra forma, escuchando el síntoma y dando cuenta de cómo éste constituye al sujeto

## 7. Referencias

- Abraham, K. (1926). Character-Formation on the Genital Level of Libido-Development. *International Journal of Psycho-Analysis* 7:214-222.
- Adame-Acosta, B. (2011). *Revisión de los diversos tratamientos de Anorexia en adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aflalo, A. (2015) *The failed assassination of psychoanalysis. The rise and fall of Cognitivism*. Francia: Karnac Books Ltd.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-III). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington DC., EUA: American Psychological Association.
- Barrera, T., Castañón, V., Rodríguez, M., Sánchez, G. y Soberón, M. (2013). *Anorexia y Bulimia. Una mirada psicoanalítica*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Bebel, A. (1951). La Mujer y el Socialismo. En *Antología de los grandes textos del marxismo*. Paris: Editions Sociales.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3), 225-232.

- Bover, J. (2009). El cuerpo: una travesía. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 30(117), 23-45.  
Recuperado en 10 de noviembre del 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-39292009000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292009000100002&lng=es&tlng=es).
- Breuer, J. y Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Vol. II*. Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1893-1895).
- Bynum, C. (1987). *Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women*. University of California Press. Recuperado el 20 de diciembre del 2018 de <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pnb06>
- Catalá, M. (2003). Anorexia nerviosa de inicio en la niñez. En L. Moreno y G. Cava, *Anorexia Nerviosa* (págs. (289-305)). España: Ariel Ciencias Médicas.
- Chatoor T, et al. (1998). Diagnosing infantile anorexia: the observation of motherinfant interactions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37:9, pp 959-967.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cibeira, A. (2008). *Consideraciones sobre la anorexia desde el psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C. (2011). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.*, 1(9). Recuperado el 02 de Febrero de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232011000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100001&lng=es&tlng=es).

Dio-Bleichmar, E. (abril de 2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas* (4). Recuperado el 4 de mayo de 2018, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000103&a=Anorexiabulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>

Dolto, F. (1984). *La imagen del Inconsciente del Cuerpo*. España: Ed. Paidós.

Dolto, F. (1987). *Seminario de Psicoanálisis de niños 2*. México: Ed. Siglo XXI.

Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Falzeder, E. (2002). *The Complete Correspondence of Sigmund Freud and Karl Abraham 1907-1925*. London: Karnac.

Freud, S. (1991). La etiología de la histeria. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. III, págs. 185-218). Buenos Aires: Amorrortou. (Obra original publicada en 1896).

Freud, S. (1992). De la historia de una neurosis infantil. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. XVII, págs. 3- 113). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1918).

Freud, S. (1992). El método psicoanalítico de Freud. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. VII, págs.233-242). Argentina: Amorrortu. (Obra original publicada en 1904).

Freud, S. (1992). Fragmentos de correspondencia con Fliess. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. I, pp. 240-322). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1950).

Freud, S. (1992). Psicoanálisis y teoría de la libido. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. XVIII, págs. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1923).

Freud, S. (1992). Pulsión y destinos de pulsión. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. XIV, págs. 105-133). Argentina: Amorrortu. (Obra original publicada en 1915).

- Freud, S. (1992). Sobre psicoterapia. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. VII, págs. 243-258). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1905).
- Freud, S. (1992). Un caso de curación de hipnosis. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas*: Vol. I, pp. 147-162). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1892-93).
- Godínez-Reséndiz, R. y Aceves-Pastrana, P. (2014). El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940). *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(2), 55-68. Recuperado en 18 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-01952014000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000200007&lng=es&tlng=es).
- Great Ormond Street Hospital for Children (2018) *Eating disorders treatment* consultado el 15 de noviembre del 2018 recuperado de <https://www.gosh.nhs.uk/medical-information/procedures-and-treatments/eating-disorders-treatment>
- Grosser-Guillen, K. (mayo-agosto de 2010). ANOREXIA: UN CONFLICTO ENTRE LA NIÑA Y LA ADOLESCENTE. LA ADOLESCENTE Y SU ESPEJO. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 10(2), 1-17.
- Gutiérrez, J P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, V. (2016). TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN O ¿QUÉ ES COMER? México: *Colegio de Psicoanálisis Lacaniano*. Consultado el 4 de mayo del 2018 de

<http://www.colegiodepsicoanalisislacaniano.com/index.php/blog/16-trastornos-de-la-alimentación-o-que-es-comer>

Kafka, F. (1924). *Un artista del hambre*. Budapest: Editorial Siriat.

Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. *En Amor, Culpa, Reparación y otros trabajos 1921- 1945* (Vol. I). España: Editoríal Paidós.

Klein, M. (1952). Observando la conducta de bebés, en Klein, M. *Obras Completas ttomo III*, 1975. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1985). *Escritos 1*. Argentina: Ed. Siglo XXI. (Obra original publicada en 1966).lacan

Lacan, J. (2006). *Seminario 8: La transferencia*. Argentina: Ed. Paidós. (Obra original publicada en 1960-1961).

Lacan, J. (2008). *Seminario 4. La relación de objeto*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Obra original publicada en 1956-1957).

Lacan, J. (2009). *Escritos 2*. Argentina: Ed. Siglo XXI. (Obra original publicada en 1966).

Lacan, J. (2012). *Seminario 19: ... o peor*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Obra original publicada en 1976-1977).

Lacan, J. (2014). *Seminario 2: el yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Obra original publicada en 1954-1955).

Lacan, J. (2015). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Obra original publicada en 1955-1956).

Laplanche, J. y Pontails, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- Lartigue, T., Maldonado, M y Rosas, A. (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Lask, B y Bryan-Waugh, R. (1997). Prepuberal Eating Disorders. En D. Garner y P. Garfinkel (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (1993). *Childhood onset anorexia and related eating disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mancilla, J., Gómez, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X, y Acosta, V. (2006). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno.
- Meltzer, D. (1974). *Estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargierman.
- Morales, H. (1994). De tatuajes y garabatos: el síntoma como escritura. En H. Morales, *Escritura y Psicoanálisis*. (págs. 39-49). Siglo Veintiuno Editores.
- Nye, R. (1994). *Las memorias de Lord Byron*. España: Ed. Salvat Editores, S.A.
- Palomero- Pescador, J. (2005). ¿Sigue vigente, hoy, el psicoanálisis? La polémica continúa. *Revista Interuniversitaria de formación del Profesorado*, 20(2), 233-266.
- Pedreira, J. (1998). Los trastornos alimenticios en la primera infancia: mi niño/a no me come nada. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 19(4), 19-28.
- Real Academia Española (RAE). (2018). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Madrid, España: Real Academia Española. Consultado de <http://www.dle.rae.es/>
- Reda, A. (1997). Anorexia y Santidad en Santa Catalina de Siena. *Revista de Psicoterapia*, 8(30-31), 153-160.



- Rivas, E. (2005). Anorexia Infantil. La hipótesis etiológica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(94), 19-28.
- Rosas, A., Perez, S. y Iglesias, A. (2007). Trastornos Alimentarios y Perversión. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 211-223. Recuperado el 1 de marzo de 2018 de [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_PrevAten/Anto\\_Igle/2.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_PrevAten/Anto_Igle/2.pdf)
- Roudinesco, E. (2018). *¿Por qué el Psicoanálisis?* Buenos Aires: Ed. Paidós
- San Sebastián J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Estudios de Juventud*, 1999, 47: 17-22.
- Sandoval-Cano, M. (2007). *De la anorexia nerviosa a la anorexia infantil: una mirada sociocultural de la enfermedad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saussure, F. (1962). *Curso de Lingüística General*. Buenos Aires: Ed. Losada.
- Sauval, M. (Noviembre, 2001). Anorexia y Psicoanálisis. *Relatos de la Clínica*. (2) 36-58. Recuperado de <http://www.psicomundo.com/relatos/pdf/relatos2.pdf>
- Segal, H. (1982). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. España: Editorial Paidós.
- Sollod, R., Wilson, J. P. y Monte, C. F. (2009). Melanie Klein y Donald W.W La herencia psicoanalítica: Teorías de las relaciones objétales. En R. Sollod, J. P. Wilson y C. F. Monte, *Teorías de la Personalidad. Debajo de la máscara*. México: Mc Graw Hill.
- Toro, J. (2006). *El cuerpo como delito*. España: Ariel Ciencia.
- Unikel C, Villatoro J, Medina–Mora ME, Fleiz C, Alcantar EN, Hernández SA. (2000) Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin*, 52, 140–7.

Unikel, C. y Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, & M. E. Medina- Mora, Edits.) Instituto Nacional de Psiquiatría.

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutierrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. D., Trujillo Chi Vacuán, E. M., García-Castro, F. y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.

Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Tellez-Girón, M. y Mancilla-Diaz, J. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2015(6), 108-120.