

## DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **CATHERINE ELIZABETH CAZAR MENA**, con CC. **172008983-6**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ANOREXIA DESDE LA TEORÍA Y CLÍNICA PSICONALÍTICA**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2019



**CATHERINE ELIZABETH CAZAR MENA**

**CC. 172008983-6**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
LA ANOREXIA DESDE LA TEORÍA Y CLÍNICA  
PSICOANALÍTICA**

**CATHERINE ELIZABETH CAZAR MENA**

**DIRECTOR: Mtr. Francisco Jaramillo Tejada**

**Quito, 2019**

## **DEDICATORIA**

*A todos los que me acompañaron en este proceso de crecimiento,  
Personal como profesional  
En especial, a las personas que cumplieron con sus objetivos y ahora  
No pueden acompañarme hasta este final y nuevo comienzo.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres Luis Cazar Paredes y Lucia Mena Segura por acompañarme, apoyarme, animarme en largo proceso de metamorfosis y seguir aceptando cada cambio de este.*

*A mis abuelos maternos Mamá Georgina y Papá Adolfo por enseñarme la esencia de la vida, compartir.*

*A mi abuela paterna Fanny quien al enterarse de cada logro o dificultad me ha brindado su amor y apoyo.*

*A mis hermanos Luis Antonio y Léa me han apoyado y ayudado en alguna dificultad tanto personal como estudiantil.*

*A mi primo Alex con su compañía y confianza desde la infancia hemos logrado muchas metas, aventuras y también aprietos pero hemos permanecido juntos acompañándonos.*

*A mis amigos de la universidad que han formado parte de mi vida, dejando un pedazo de ellos en mi recuerdo.*

*A mi tutor Francisco Jaramillo quien ha podido acompañarme a cuestionarme al realizar la presente disertación. Con su conocimiento, experiencia y dedicación ha aportado en su realización.*

*A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a sus docentes quienes han sabido impartir sus conocimientos, basados en ética y profesionalismo. Han aportado significativamente para que mi experiencia profesional sea íntegra, honesta y responsable.*

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMER CAPÍTULO .....	4
1. Anorexia .....	4
1.1 ¿Qué es la anorexia?: Sujeto en la anorexia .....	6
1.2 Objeto .....	13
1.4 Lo femenino .....	19
SEGUNDO CAPÍTULO .....	22
2. Cuerpo.....	22
2.1 Esquema corporal e imagen corporal.....	24
2.2 Lo imaginario.....	28
2.3 El ideal fálico - delgadez .....	31
TERCER CAPÍTULO .....	35
3. La nada.....	35
3.1 La falta .....	40
3.2 Castración del Otro .....	47
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo describir la percepción de la imagen corporal en la anorexia partiendo desde los principios básicos de la teoría psicoanalítica. Para lo cual, se trabaja la conceptualización de la anorexia desde la necesidad, demanda y deseo. Donde se pone en manifiesto la confusión de estos últimos conceptos por parte del Otro primordial. La madre, como figura de cuidado primordial, confunde la demanda con la necesidad y llena al infante de alimento. De esta manera, no se codifica el mensaje de la demanda, la cual se expresa mediante el llanto. El lenguaje media la relación que se tiene con el entorno; es decir, el llanto viene a expresar una demanda de amor, en la cual, llama al deseo de la madre, la invita a mirarlo como sujeto deseante, mas no como una bolsa de carne y hueso que hay que llenarla con alimento. Es decir, al satisfacer excesivamente la necesidad y no decifrar la demanda de amor que el infante manifiesta, se presenta un conflicto con el Otro materno. La relación que la madre tenga con el infante es en función a su propia subjetividad.

Del mismo modo, la construcción del cuerpo es real, simbólica e imaginaria. Donde el Otro materno dota de significantes en lo simbólico, la mirada del Otro conforma la imagen especular y la imagen corporal en lo imaginario y el paso a la sexualidad escapa del cuerpo en lo real. De esta manera, el cuerpo es una metáfora donde se revelan contenidos inconscientes y la percepción de la imagen se determina por los deseos inconscientes del sujeto.

La clínica psicoanalítica proporciona un amplio sustento teórico dejando de lado la sintomatología específica descrita por los manuales diagnósticos. Se parte de la singularidad del sujeto para que se pueda decifrar la metáfora del mensaje expresado a través del síntoma. Mediante la destitución del Otro, en la adolescencia, se crean nuevas cadenas significantes, en la cual el sujeto puede identificarse y darle un nuevo sentido.

En conclusión la anorexia es un significante por el cual el sujeto expresa su deseo y da cuenta de un conflicto en la relación con el Otro primordial, utilizando su cuerpo como metáfora.

***Palabras clave:*** Anorexia, cuerpo, necesidad, demanda, deseo, Otro primordial

## ABSTRACT

The purpose of this work is to describe the perception of the body image in anorexia from the point of view of basic principles of psychoanalytic theory. For that, conceptualization of anorexia is analysed from need, request and desire. It shows the confusion of these concepts by the primordial Other. Mother, as a figure of primordial care, confuses request with need and fills the infant with food. In this way, the request message, which is expressed through crying, is not encoded. Language mediates the relationship with the environment; in this case, crying expresses request for love, it calls for the desire of mother, invites mother to look at her baby as a desiring subject, but not as a flesh and bone bag that must be filled with food. It means that when need is excessively satisfied but request for love that the infant manifests is not deciphered, a conflict with the maternal Other appears. The relationship that mother has with infant is based on her own subjectivity.

In the same way, the construction of the body is real, symbolic and imaginary, where the maternal Other endows with signifiers in the symbolic, the look of the Other shapes the mirror image and the body image in the imaginary and the passage to sexuality escapes the body in the real. In this way, body is a metaphor where unconscious contents are revealed and the perception of the image is determined by the unconscious desires of the subject.

The psychoanalytic clinic provides a broad theoretical support without taking into account the specific symptomatology described by the diagnostic handbooks. It begins at the singularity of the subject in order to decipher the metaphor of the message expressed through the symptom. Through the destitution of the Other, in adolescence, new significant chains are created, in which the subject can identify himself and give him a new meaning.

In conclusion, anorexia is a signifier by which the subject can express his desire and show a conflict in the relationship with the primordial Other. The body is used as a metaphor.

**Key words:** *Anorexia, body, need, request, desire, Other primordial*

# INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ente encargado de coordinar, normar y evaluar la producción de la información estadística oficial proveniente del Sistema Estadístico Nacional, no cuenta con datos estadísticos de casos de anorexia. No obstante, la teoría da cuenta del amplio conocimiento que existe sobre este tema. Es así que, la presente disertación considerará los criterios diagnósticos pero excluirá su tratamiento médico. Se abordará a la anorexia junto con la percepción de la imagen corporal desde la teoría y clínica psicoanalítica. Para lo cual se postulan diversas preguntas que guiarán la investigación: ¿Cómo se representa la percepción de la imagen corporal en la anorexia?, se responderá esta pregunta a partir de como se genera la construcción de la imagen corporal mediante el intercambio con el Otro. Por otro lado, ¿Cómo es la relación entre madre e hija anoréxica?, donde se analizará la relación dual que existe entre las dos partes.

Se recopilará información sobre la anorexia y percepción de la imagen corporal. Haciendo incapie en los textos más relevantes y autores que hablen sobre el tema. Se tomarán en cuenta a algunos autores como Freud, Dolto, Strickman, Lacan y Recalcati quien ha aportado sustancialmente en la teoría y clínica de la anorexia.

La presente disertación consta de tres capítulos, en los cuales se desarrollará a partir de la conceptualización de la anorexia, posteriormente se identificará percepción de la imagen corporal en la anorexia y finalmente se describirá el trabajo clínico con la anorexia. Su base teórica será desde el psicoanálisis, ya que, plantear a la anorexia desde los manuales diagnósticos como un trastorno de la conducta alimentaria, donde existe una restricción voluntaria de la alimentación y pérdida significativa de peso, es delimitar la sintomatología a un comportamiento consciente, en el que mediante acompañamiento médico enfocado en el padecer del sujeto hay una posible cura. Sin embargo, la teoría psicoanalítica trabaja con la anorexia como una posición subjetiva. El sujeto anoréxico rechaza los alimentos como una separación entre el Otro primordial que lo asfixia.

De esta manera, *el primer capítulo*, abordará a la anorexia tomando en cuenta el CIE 10, en el cual se puede corroborar los síntomas de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TAC) que se presentan en la anorexia, como: la restricción intencional del

consumo de alimentos, uso de laxantes y excesivo ejercicio físico. De acuerdo con estas características se considera que, la anorexia se presenta con mayor frecuencia en adolescentes, ya que se producen cambios significativos en el aspecto corporal y psicológico, acompañado de la influencia social en esta etapa, existiendo mayores casos en mujeres que en hombres<sup>1</sup>. Por otra parte, existen casos de anorexia infantil que da cuenta de la confusión entre necesidad, demanda y deseo del Otro primordial. Es decir, sin que los rasgos culturales que marcan una supuesta hipótesis de ideal de belleza y delgadez intervengan. Se ponen en juego el conflicto del sujeto con anorexia y su relación con el Otro materno. El hijo no es visto como sujeto de deseo y la madre entra a satisfacer todas las necesidades biológicas, excesivamente, sustituye el amor por el alimento y reduce la demanda a necesidad. Los sujetos están sujetos al lenguaje y por ende, a los significantes. Del mismo modo, se abordará el deseo materno, en la anorexia, en donde madre convierte al infante en su falo imaginario, impidiéndole el acceso al estatuto de deseante. En este apartado se plantea que, la maternidad ha ganado a la feminidad, el deseo materno ha anulado a la mujer y no ha permitido la entrada del Nombre-del-Padre: se habla de la metáfora paterna débil.

Posteriormente, *el segundo capítulo* se trabajará con la noción de cuerpo, el medio de expresión de contenidos inconscientes, construido simbólicamente por el lenguaje y por el Otro primordial. Se articulará dicho concepto con el esquema corporal, que conlleva al plano biológico e imagen inconsciente del cuerpo, creado a partir del Otro, desde la palabra. Entre la dinámica de estos dos últimos conceptos, la percepción del cuerpo va de acuerdo con el deseo inconsciente del sujeto.

Finalmente, *el tercer capítulo* explicará los lineamientos básicos de la clínica psicoanalítica con sujetos que sufren de anorexia. En principio, teniendo en cuenta la singularidad del sujeto, mas no de su síntoma. Es decir, se hace un llamado al sujeto, a su deseo dejando de lado el discurso alimenticio (tomar en cuenta y hablar de la cantidad de comida que ingiere), debido a que, el síntoma está conformado por una metáfora. Los significantes en juego claves son: la nada y el rechazo; la nada se encuentra en lo simbólico, donde se transforma la omnipotencia de la madre en el objeto real (la comida), el sujeto con anorexia come nada, come lo que el Otro primordial le brindó. Por último, se ha tomado en cuenta a los grupos monosintomáticos, en este caso grupo de sujetos con el mismo síntoma; la anorexia, a través de la investigación en el

---

<sup>1</sup> Los datos estadísticos se desarrollan, con más precisión, en el primer capítulo.

internet con blogs, publicaciones, consejos, etc. Dichos sujetos se convierten en el ser-falo del Otro negando su castración, obturando su falta y cumpliendo con el ideal estético que la sociedad impone. En dicho grupo, se presenta un “desabonamiento del inconsciente<sup>2</sup>” en el cual, los sujetos que rigen los grupos reaccionan y realizan actividades que son un mandato general para todos los miembros del grupo. El síntoma viene a formar parte de una construcción identificatoria, más no de una representación del inconsciente. De esta manera, el trabajo clínico consistirá en lo familiar y ajeno del grupo, en la construcción subjetiva apartada del discurso grupal.

---

<sup>2</sup> El autor italiano Massimo Recalcati (2007) utiliza este terminio para definir a la identificación imaginaria que un sujeto hace dentro de un grupo. Con dicha identificación el sujeto restringe lo particular y real del síntoma y lo pasa a la colectividad. Por ejemplo el cuerpo delgado en la anorexia.

# PRIMER CAPÍTULO

*“El sujeto no es un conjunto de necesidades primordiales sino que es fundamentalmente deseo de ser deseado”*  
(Recalcati, 2011, p.53)

## 1. Anorexia

Los trastornos de conducta alimentaria (TAC) se caracterizan por varios síntomas como: restricción de la comida, utilización de laxantes o excesivo ejercicio físico con el fin de perder peso. Según Serra (2015) en su estudio sobre los TAC, los factores principales son personales, familiares y sociales. En los cuales: *los personales*, se caracterizan por autoexigencias, miedo a madurar o a crecer; en *los familiares*, puede aparecer mala comunicación, autoexigencias sobre el peso del miembro o expectativas exageradas de la familia; desde *lo social* se destacan los modelos sociales que influyen en la exigencia de un cuerpo delgado, la publicidad o la moda.

A partir del libro “Trastornos de la conducta alimentaria” (2015), se toma en cuenta las estadísticas de España, en la ciudad de Barcelona: 9 de 10 personas con anorexia son mujeres, es decir, que el 10% son hombres. La autora del libro, Marga Serra menciona que los resultados que ha obtenido a lo largo de sus estudios son: el 50% de las personas con anorexia están recuperadas y normalizadas, cerca del 25% aún mantienen síntomas de alteración en el proceso menstrual y variaciones en el peso, aproximadamente el 20% aún continúan con el trastorno o suelen evolucionar hacia la bulimia y el 5% fallecen. Los datos proporcionados, refieren a un estudio con personas de todas las edades. Sin embargo, si es tratado en la adolescencia existe efectividad en un 80% (p. 8).

Según la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE10), la anorexia es considerada como uno de los trastornos alimenticios más comunes. Se presenta en jóvenes y adolescentes, donde existe: pérdida de peso, reducción y restricción del consumo de alimentos intencional, vómito, purgas con laxantes, ejercicio excesivo; ocasionando problemas en la salud física, donde afecta a la glándula endócrina manifestando amenorrea en la mujer y pérdida del interés y potencia sexual en el hombre, alteración del metabolismo hormonal: en las mujeres detiene el crecimiento de las mamas y en los hombres persiste el órgano genital infantil. Y por

otra parte en la salud mental, existe una idea alterada de la imagen y miedo a la gordura o la flacidez en la forma corporal.

La anorexia es valorada como una “psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal” (CIE 10, 2000, p. 140), pero no consta como una enfermedad orgánica. Dicho desorden de la conducta alimentaria se puede ver vinculado al rechazo del crecimiento, desarrollo físico, sexual y emocional.

Se piensa que la anorexia es propia de la adolescencia, como lo menciona el CIE 10, que se caracteriza por un cuerpo extremadamente delgado y percepción de gordura. Sin embargo, se puede encontrar anorexia en infantes, con diferencias, como: el adelgazamiento, la amenorrea y el ideal estético que no tiene importancia en la infancia. Según Rivas (2005), en su artículo “Anorexia Infantil”, el ideal de la moda queda desinvertido y se puede observar el conflicto con el Otro materno. Debido a que en la infancia, las figuras de apego son los que constituyen el universo del infante, los ideales de moda y sociales aún no están internalizados. Pero, ¿Cuáles son las características para pensar que la anorexia se inicia y es única de esta etapa?

En el paso de la infancia a la pubertad existen diversos cambios corporales, en los cuales el cuerpo puede volverse irreconocible sino fuera por la sexualidad que resignifica los cambios hacia la erotización del cuerpo. Pero en la anorexia, dichas características corporales son rechazadas, es decir, se resiste a su sexualidad. Por otro lado, la presión social sobre los miembros supone un esquema de percepción emocional, hacia el grupo, en la que el adolescente encaja o no en cierta tendencia, rito, rasgo y expresión de la actualidad (Rivas, 2005).

Mientras tanto, la *anorexia infantil* da cuenta del deseo de la madre frente al hijo (sujeto de deseo). Aquí se formula la necesidad como acto de alimentarse por instinto, la demanda constituida por el lenguaje, donde el llanto implica que se decodifique un mensaje y el deseo busca un Otro que esté en falta y le pueda brindar su don de amor. Es decir, la madre dota de alimentos y cuidados excesivos reduciendo la demanda a necesidad y abatiendo el deseo (Rivas, 2005).

La palabra “*Anorexia*” tiene su origen en el griego, *orexia* que significa “falta de apetito” (Serra, 2015, p. 12). Dicha definición da cuenta de una inexistencia de hambre

desde el plano de la necesidad pero los sujetos son más que necesidad. Se pone en juego el deseo y la demanda.

### 1.1 ¿Qué es la anorexia?: Sujeto en la anorexia

La anorexia en la teoría psicoanalítica es una “posición subjetiva, donde la anorexia es el síntoma que se forma a partir de una verdad reprimida” (Recalcati, 2011, p. 37), forma parte de la construcción inconsciente de un sujeto.

Para comprender de mejor forma la anorexia desde la teoría psicoanalítica, es importante conocer la definición de pulsión. Sigmund Freud (1905/ 1992) plantea que:

Por «pulsión» podemos entender al comienzo nada más que la agencia representante *{Repräsentanz}* psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir; ello a diferencia del «estímulo», que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, «pulsión» es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal (Freud, 1905/ 1992, p. 153).

Es decir que, la pulsión es la agencia representante de un estímulo interno fronterizo entre lo anímico y lo somático. A diferencia del estímulo que proviene de afuera, de lo corporal. Se explica que, la diferencia entre estímulo y pulsión es determinada por la respuesta que se tiene; con el estímulo, la reacción es inmediata dada la presencia de sensaciones dolorosas que vienen de lo exterior. Mientras tanto en la pulsión, al ser interna es constante hasta que sea satisfecha. De esta manera, la fuente de la pulsión se basa en la excitación sexual de un órgano, en este caso las zonas erógenas, es decir, a nivel somático, y la meta es satisfacer al órgano. Para mejor explicación de esto, Freud (1915/2008) en Pulsión y destinos de pulsión dice que:

Por *fuerza {Quelle}* de la pulsión se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado *{repräsentiert}* en la vida anímica por la pulsión. (...)El *objeto {Objekt}* de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. No necesariamente es un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio, (...) La *meta {Ziel}* de una pulsión es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión. (...)Por *esfuerzo {Drang}* de una pulsión se entiende su factor motor, la suma de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa *{repräsentieren}* (Freud, 1915/2008, p.p. 117-118).

Se entiende que en la anorexia el órgano sexual es la boca, el cual mediante la pulsión se vuelve fuente, debido a ser un órgano sexual pregenital y objeto<sup>3</sup>, ya que mediante la autoerotización consigue la satisfacción cancelando la estimulación obtenida del medio exterior. Se puede explicar que, en la construcción de un sujeto con anorexia, el chupeteo aparece como medio de satisfacción, donde la alimentación queda separada y es sustituida por el cuerpo propio, es decir; vuelta hacia uno mismo (Freud, 1915/2008).

La boca, como zona erógena, es la principal manera de obtener placer y es disfrazada o reforzada durante ciertas fases de la vida. Abraham (1924) argumenta que se abandona esta etapa con dificultad si en este periodo el niño no ha tenido placer o lo ha tenido en exceso, “dado que su necesidad de placer, o no ha sido suficientemente gratificante, o se ha hecho demasiado insistente, se adhiere con particular intensidad a las posibilidades de placer que se presenta en la etapa siguiente” (p. 303). Para explicarlo, existe una perturbación en la zona erógena, la boca, si esta no ha conseguido la satisfacción, se ve afectada la nutrición.

Por otro lado, Freud en la carta 52 a Fliess (1896/1992) propone un esquema psíquico para poder entender cómo es la dinámica del inconsciente. Se propone que está conformado por huellas mnémicas, que se reordenan y se retranscriben múltiples veces. La secuencia que Freud propone consta de: P son percepciones generadas por las neuronas, Ps (Percepción Signo) son las percepciones en su primera transcripción, Ic (inconsciencia) es la segunda transcripción, Prc (preconciencia) es la representaciones-palabra, tercera transcripción. A partir de esta última, las percepciones con sus investiduras podrán devenir conscientes, teniendo en cuenta algunas reglas que forman parte de la represión y compulsión. Es decir, las percepciones que se encuentran conectadas al placer no inhibible constituyen una compulsión. La compulsión es la percepción de una vivencia que se encuentra conectada al placer no inhibible; mientras que, la represión se produce a partir de la denegación de la traducción debido al displacer implícito. Si estas no se transcriben y no llegan a traducirse en representaciones-palabra quedarán guardadas en circuitos corporales.

---

<sup>3</sup> El objeto de la pulsión es por lo cual se puede alcanzar la meta, la satisfacción. En Chemama & Vandermerch (2010) define al objeto como: “es su elemento más variable: la pulsión se desplaza de un objeto al otro en el curso de su destino. Puede servir para la satisfacción de varias pulsiones. Sin embargo, puede estar fijado precozmente” (p. 297).

En estudios posteriores Freud demuestra que la represión juega un papel importante:

La represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen; no puede engendrarse antes que se haya establecido una separación nítida entre actividad consciente y actividad inconsciente del alma, y *su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella* (Freud, 1915/2008, p. 142).

Es decir, la represión está ligada a un supuesto saber de malestar y defensa de mociones pulsionales. Freud (1915/2008) argumenta que la persistencia de una pulsión ligada con una representación tendrá el nombre de fijación. Este proceso consta en la represión primordial donde la agencia representante - representación de la pulsión en lo consciente se la deniega.

Freud (1917/1991) habla del hambre para simplificar como se exterioriza la pulsión sexual, pulsión de nutrición (de ser alimentado) para introducir el término libido. El lactante busca el alimento como primera noción de sexualidad, de satisfacción. Más adelante, el lactante busca repetir esta sensación sin adquirir alimento mediante el chupeteo que sirve solamente para ganar placer.

Es decir, la libido es la energía psíquica de las pulsiones sexuales, generalmente son las zonas erógenas; órganos del cuerpo que buscan satisfacción independientemente una de otra. El primer estadio es la fase oral, en el cual el lactante busca alimento y posteriormente placer deslindado de la nutrición: pulsión sexual. La pulsión se queda detenida en este estadio produciendo aspiraciones reprimidas que llevan a una fijación de la libido en esta etapa (Freud, 1922/1992).

Según Jacques Lacan (1983/2008) la libido da paso al deseo, si esta no es satisfecha se presentan transformaciones, regresiones, fijaciones y sublimaciones de la libido. Es decir, la libido no está en ese objeto específico, es cambiante. De esta manera, el sujeto debe adecuarse a la falta de ser: relación de ser subjetivo, mas no a la falta del objeto. A partir de aquí, nace el deseo donde comenzará una interminable búsqueda del objeto que le hace falta.

De acuerdo a Lacan (1938/2012) “El complejo del destete fija en el psiquismo la relación de la lactancia, bajo el modo parasitario que exigen las necesidades de la

primera edad del hombre; representa la forma primordial de la imago materna” (p. 40). El destete viene a formar parte de un conjunto de costumbres culturales que generalmente es un traumatismo psíquico que adopta efectos individuales como la anorexia.

Lacan (1938/2012) señala que el destete deja una huella en el psiquismo humano, generando un trauma o no. Puede ser aceptado o rechazado, pero no son concebidos como una elección debido a que el Yo aún no se encuentra instaurado, funcionan como dos polos que coexisten y que uno de ellos predomina. De la misma manera, el autor argumenta que se moldean las experiencias mediante las estructuras mentales y así el niño tiene una idea de la presencia que cumple la función materna. La psique del hombre es dominada por la ambivalencia de la imago del seno y por lo que esta representa: la lactancia, el abrazo, la complementación hacen que las dos partes tengan satisfacción. Sin embargo:

La imago debe ser sublimada para que se introduzcan con el grupo social nuevas relaciones, para que nuevos complejos las integren al psiquismo. En la medida en que se resiste a estas nuevas exigencias, que son las del progreso de la personalidad, la imago, saludable en el origen, se convierte en factor de muerte (Lacan, 1938/2012, p. 45).

Debido a que ya no cumple funciones vitales, se presenta la muerte en formas “no violentas” como la huelga de hambre en la anorexia. “El análisis de estos casos muestra que, en su abandono a la muerte, el sujeto busca reencontrar la imago de la madre” (Lacan, 1938/2012, p. 45).

De esta manera se puede definir la fase oral como una demanda al Otro primordial, el Otro es hambre articulada a la demanda de dejarse alimentar, donde el sujeto está abierto a convertirse en objeto (Lacan J. , 1961/2008). En la demanda de ser alimentado y la demanda de dejarse alimentar existe un deseo que está desbordado y no se podrá satisfacer a menos que este deseo se extinguiera.

El sujeto que tiene hambre, por el hecho de que a su demanda de ser alimentado le responde la demanda de dejarse alimentar, no se deja alimentar, y rechaza de alguna forma desaparecer como deseo por el hecho de ser satisfecho como demanda - que la extinción o el aplastamiento de la demanda en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo (Lacan, 1961/2008, p. 232).

Según Recalcati (2011) a partir de esta demanda, se puede plantear el síntoma como la formación de la pulsión reprimida cuya búsqueda proporcionará satisfacción desde la falta. La anorexia pone en juego a la comida como objeto de satisfacción, como la representación del vacío generado a través de cualquier representación y la restricción de la comida como la falta en ser y su búsqueda. El vacío conforma la posición subjetiva en la anorexia. Es decir que si esta es abolida el sujeto también es abolido. La anorexia es una identificación con este vacío que va de la mano con el deseo y la falta. Donde la satisfacción se conseguirá a partir de la repetición y el retorno de lo reprimido vuelve hacia uno mismo.

Es necesario hablar del cuerpo en la anorexia, donde antes de su nacimiento este ya se encuentra marcado por el lenguaje, ya que es pensado y esperado por Otro, al que cuidará, protegerá y enseñará las normas de convivencia a partir de la cultura, constituyendo lo simbólico. Citando a Lacan en Recalcati (2011) “el cuerpo es el lugar del Otro”, es el que está dotado de significantes.

Por otra parte, la anorexia consiste en una demanda más no en una necesidad que viene desde lo orgánico. La demanda toma sentido a partir del deseo y de los significantes que se crean a partir de la interacción con el Otro y si estos tienen o no respuesta. De esta manera, la alimentación se vuelve una interacción en lo cultural que permite la convivencia con el Otro y una demanda hacia él. Es así que, en la anorexia se rechaza al Otro al restringir la comida. Debido a que este, en estadios anteriores respondió con “nada” y con “vacío”, el Otro no identificó el deseo del sujeto que demandaba, la madre le dotó únicamente de alimento mecánico (Recalcati M. , La última cena. Anorexia y bulimia , 2011). Es decir, la madre dotó de amor, así como dotó de comida en exceso.

El sujeto con anorexia tuvo una respuesta inmediata de sus necesidades de su Otro materno, llenándolo de cosas sin reconocerlo como sujeto, “llenándolo” como una bolsa. “El Otro materno de la anoréxica respondió a la demanda de amor ofreciendo cosas” (p. 54). Sin embargo, es necesario que el Otro materno dote de algo suyo al sujeto. Lacan en Recalcati (2011) refiere que el amor que se da al sujeto con anorexia tiene la misma lógica que con la que se da el alimento, se da algo que se tiene mas no algo que viene de su propia falta. De esta manera, el sujeto con anorexia rehúsa de cualquier cosa que proviene del Otro: “nada” podrá llenar su falta.

Podemos entender a un sujeto como “deseo del Otro” mas no como “un conjunto de necesidades primordiales” (Recalcati, 2011, p. 53). El autor manifiesta que el deseo existe más allá de la necesidad, no se desea un objeto en específico; la demanda, como puede ser el seno materno, la comida y el hambre. Pero, solo a través de la demanda que va dirigida hacia Otro el sujeto puede satisfacer su necesidad. Según Lacan “Si el sujeto nace en el campo del Otro está estructuralmente obligado a hacerse desfilas las propias necesidades a través del filtro del significante” (p. 50). Es decir, que mediante el significante se podrá entender que es lo que el “grito”, demanda. En este caso, queda en el Otro interpretar esta demanda, si esta no es interpretada “no se constituye la función dialéctica de la intersubjetividad” (Recalcati, 2011, p. 50).

Por otro lado, el sujeto con anorexia separa el goce del deseo con el fin de no convertirse en objeto de goce del Otro. El discurso en la anorexia viene a formar parte de una estructura neurótica de tipo histérica, ya que su reacción subjetiva depende de evocar al Otro del deseo mas no al Otro que asiste por demanda. “la posición del sujeto con anorexia es, en efecto, una posición asignada por una forma de paralelismo estructural entre el circuito del goce y el circuito del deseo” (Recalcati, 2011, p. 60). La característica de este circuito de goce es que funciona en sí mismo, pulsión de muerte, más allá del principio de placer, masoquismo y compulsión a la repetición. Un circuito autoerótico que mantiene la temporalidad bloqueada para la repetición constante. El goce se encuentra en la no falta de nada y así desautorizar la castración del Otro, “ahora me muero...”, provocando en el Otro la falta. Por otro lado, el circuito del deseo está abierto al Otro, ya que el “deseo es deseo del Otro, deseo de reconocimiento, es el deseo de ser deseado” (Recalcati, 2011, p. 63). El mencionado autor afirma que el goce se centra en uno mismo dejando de lado al Otro, mientras tanto el deseo se abre al Otro esperando una respuesta, la cual está en el orden de la nada, del vacío. De esta manera, el Otro materno en la anorexia es invasor, confundiendo el deseo con la necesidad, el don de amor con la papilla. Es así que, en la anorexia el “no” viene a formar parte de una protección contra el “objeto malo” (comida), objeto que busca la devoración de la subjetivación. Es decir, ¿la anoréxica cuestiona al Otro sobre su castración?, mediante la expresión de su cuerpo puede dar a notar que el Otro falla.

Massimo Recalcati (2011), menciona que la anorexia no es una estructura pero si una construcción subjetiva con distintos discursos que ordenan la relación del sujeto con el Otro. Desde la base de estas posturas subjetivas, se habla de un defecto en el orden simbólico: “la compulsión a repetir, la inclinación al pasaje al acto, la ausencia de control emotivo, la inestabilidad afectiva, la sensación de vacío crónico y de dispersión de identidad” (p. 85)

En el discurso de la psicosis la anorexia funciona como barrera entre Otro invasor que quiere gozar del sujeto, “la anorexia es una suplencia a la forclusión del Nombre del Padre, que intenta una estabilización del sujeto, de otra manera se encontraría a merced de la voluntad del goce del Otro” (p. 85). La idea de cuerpo delgado absorbe al sujeto como un delirio, ya que con esta idea del cuerpo delgado el sujeto puede sostener su propia identidad.

En tanto, el discurso neurótico interroga al Otro con su deseo. Se encuentra anorexias obsesivas e histéricas. En la anorexia histérica, su discurso se centra en la falta del Otro, en cómo el sujeto con anorexia puede generarle falta al Otro y hacerlo desear estar presente pidiéndole “No te mueras”, “Quédate conmigo” (p. 171). Mientras que, para el discurso anoréxico obsesivo, opera a través de lo simbólico en una limpieza constante que no permite que el Otro goce con su cuerpo implementando rituales como: “preparación de los platos, división de los alimentos, de limpieza, rigor ascético, programas de alimentación, cálculo de calorías, etc.” (p. 172).

Es así que, por un lado, el sujeto con anorexia neurótico intenta no faltarle al Otro, transformándose en falta de amor, o evadiendo al Otro, aniquilándose antes que ser atrapado por el deseo del Otro.

En cuanto, el discurso perverso el cuerpo del sujeto es fetichizado para encubrir la falta del Otro (la castración); “se convertirá, al menos por un lado, en el falo imaginario que sutura la falta del Otro” (p. 79).

Asimismo, la lectura de Jacques-Alain Miller por Domenico Cosenza (2013), en su texto “El muro de la anorexia”, argumenta que la anorexia histérica se observa en el “No” rotundo, en el rechazo de la comida el sujeto se muestra que está fuera de la omnipotencia del Otro y por otro lado, el “No” desde la forclusión del Nombre-del-Padre donde se genera un rechazo del Otro, debido a que falta un significante. De esta manera, viene a anudar al sujeto otro significante (delirio o alucinación). La entrada de

la noción de psicosis se caracteriza por el lenguaje, cuyo rasgo subjetivo no está regulado por la incorporación de la metáfora paterna.

Pues bien, la anorexia es femenina por estructura (estructura psíquica independientemente de ser hombre o mujer, es la posición sexuada que ocupa) definido por el discurso amoroso. Amor, que involucra ser la única para el Otro, para el deseo del Otro y el tener, como símbolo de falta del Otro. “Anorexia es un nombre de esta demanda pero también de su desviación patológica: para obtener el signo de amor, el sujeto puede llegar al extremo de consumir todo su ser, puede hacer de su ser un cúmulo de ruinas” (Recalcati, 2011, p. 134), Lacan usa el término estrago para señalar en la relación entre madre-hija, la relación de amor y odio, devoración y rechazo. Donde la niña es el falo y la madre es “su prisión eterna”. De esta manera, el estrago del sujeto con anorexia se muestra en el cuerpo como odio y amor, “te amo pero para que reste Otro en mí, te odio” (Recalcati, 2011, p. 135). Es decir, el sujeto con anorexia es una alternativa subjetiva a la vía edípica. En la anorexia la comida no es por lo que vive sino por la imagen del cuerpo, donde intenta mostrar el deseo del Otro y sacrifica su feminidad presentándose como un ser asexuado, sin características corporales. El discurso anoréxico puede dar cuenta del dominio imaginario del Yo que tiene el sujeto con anorexia; el Ideal.

## **1.2 Objeto**

Para Freud la satisfacción de las necesidades primarias de tipo biológico y natural provienen de una función pulsional. Sin embargo, cuando esta satisfacción es de tipo sexual introduce al sujeto en la perversión de la pulsión. Freud en Recalcati (2011) afirma que “la satisfacción pulsional no coincide con la satisfacción de la necesidad natural, sino que se introduce como efecto de la inclusión del sujeto en el campo simbólico del Otro” (p. 43). Es decir, la pulsión es la satisfacción que el sujeto obtiene desde la relación con el Otro. Hablando desde la anorexia, la pulsión oral se satisface con el vacío, “su satisfacción no está en lo lleno que puede tener del objeto, sino en la repetición de vuelta en torno al vacío del objeto” (Recalcati, 2011, p. 44), se trata de un retorno siempre a la falta, es así que Freud presenta al seno materno como “objeto primordial de satisfacción perdido desde siempre” De esta manera, se entiende que la pulsión involucra falta que intenta satisfacerse con otros objetos-subrogados en la

búsqueda del objeto primordial. Cabe aclarar que la pulsión no es lo mismo que el objeto perdido. El objeto perdido será una cavidad vacía que será investida por la pulsión. Es así que, la anorexia no es una desviación en la alimentación sino un modo de recuperar el vacío del objeto.

Es de esta manera que, “no se come, entonces, sólo para aplacar el hambre. Se come también para gozar” (Recalcati, 2011, p. 46), en la gastronomía se intenta manipular el significante, hacerlo más apetitoso para poder satisfacerse y poder encontrar la primera satisfacción perdida. Sin embargo, el sujeto con anorexia come el vacío, no le interesa comer al fantasma del seno materno que se encuentra perdido en el significante de la cocina (Recalcati, 2011).

Recalcati (2011) menciona que “Lo real del vacío indica la pérdida del objeto del primer goce, como pérdida producida de la acción letal del significante sobre el sujeto” (p. 48). Es decir, depende de la inscripción que el sujeto hace en el campo del Otro lo que causa el vacío, que causa su deseo.

Por otro lado, Freud (1925/1992)

Debe atribuir o desatribuir una propiedad a una cosa, y debe admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad. La propiedad sobre la cual se debe decidir pudo haber sido originariamente buena o mala, útil o dañina. Expresado en el lenguaje de las mociones pulsionales orales, las más antiguas: «Quiero comer o quiero escupir esto». Y en una traducción más amplia: «Quiero introducir esto en mí o quiero excluir esto de mí» (Freud, 1925/1992, p. 254).

Se debe tener en cuenta que todas las representaciones provienen de percepciones. De esta manera el pensar tiene la capacidad de reproducir lo percibido hasta reencontrar el objeto representado. Sin embargo, las representaciones pueden ser modificadas por omisiones y contaminaciones de diferentes elementos, y la satisfacción objetiva pudo haberse perdido (Freud, 1925/1992).

Asimismo Lacan (1956/2008), menciona a Freud con su postulación “no hay ninguna otra forma de encontrar el objeto sino la continuación de una tendencia en la que se trata de un objeto perdido, un objeto que hay que volver a encontrar” (p. 15), proveniente del destete y de la satisfacción que proporciona la lactancia. Según Melman (1992) el objeto que se busca es el falo. Este objeto que no tiene nada que ver con la

demanda alimenticia pero genera una demanda y organiza el deseo, donde se genera un goce alrededor de lo sexual de la oralidad. Es decir, que si se satisface la oralidad se incorpora el objeto deseado a través del amor que la madre brinda. Sin embargo, la represión de la sexualidad se ve en la anorexia, debido a que se presenta una duplicidad del objeto donde la relación con el falo, el cual media la relación con la madre, se presenta de manera muy fuerte pero al mismo tiempo hostil.

Argumentando esta postura Lacan (1956/2008)

La relación imaginaria, sea cual sea, está modelada en base a una determinada relación que es efectivamente fundamental - la relación madre-hijo, con todo lo que tiene de problemática. Sin duda, esta relación es como para dar la idea de que se trata de una relación real (...) (Lacan, 1956/2008, p. 31).

El sujeto tiene nostalgia de su objeto perdido, es por eso que realiza el esfuerzo de búsqueda. Aunque este ya ha sido modificado. Explicándolo de mejor manera, la relación de sujeto-objeto se establece por la búsqueda de una satisfacción pasada mediante la repetición, repetición de una búsqueda que no será satisfecha (Lacan, 1956/2008).

A partir de esta postura, Melman (2002) argumenta que no existe un objeto que pueda satisfacer el deseo humano, contamos con varios objetos. Sin embargo, se desconoce cuál es el apropiado para el goce, ya que el que recibe el mensaje es el Otro, el que nos dirá “sí, está bien”, es así que se está en constante búsqueda sin saber qué es lo que se busca. Dicho autor menciona que: “tal vez podría decirse que lo que está perdido es el significante que falta para dar su sentido cabal a la cadena de significantes” (p. 17), esta falta es la que nos obtura en la relación con el Otro, sin saber qué es lo que quiere, complementando con otros objetos que funcionan de la misma manera como la mirada, la voz, las heces. Lacan en Melman (2002) manifiesta que: “el objeto a está siempre perdido. Esta perdido porque no puedo encontrar un objeto para darle al Otro y establecer entre nosotros esa relación feliz” (p. 18).

Según Melman (2002), existen objetos parciales con la relación al Otro como la mirada, que viene a formar parte del goce del Otro, mediante nuestra conducta podemos satisfacer la mirada a partir de semblantes (parecer ser) de objetos. Por otro lado, Recalcati (2011) menciona que el objeto-mirada juega un rol importante en la anorexia

ya que: “elige la invisibilidad para volverse visible” (p. 102), para que el Otro se dé cuenta de la falta invisible visible.

Hay también una tercera forma de hablar de él, siempre que está en juego la ambivalencia de ciertas relaciones fundamentales, es decir, el hecho de que el sujeto se hace objeto para el otro, cuando hay cierto tipo de relaciones en las cuales la reciprocidad por el rodeo de un objeto es patente, incluso constituyente” (Lacan, 1956/2008, p. 14).

Lacan en Recalcati (2011) menciona que “la identificación al falo” es la frustración de amor, se confunde amor por satisfacción de necesidades. Es así, Lacan argumenta que el objeto-comida tendrá el valor investido del objeto-amor, “donde la declaración (“Te amo”) revela su raíz devorante inconsciente (“Te como”)” (p. 102).

### **1.3 Relación madre e hija**

Dolto (2000) menciona que madre no solamente quiere decir mujer gestante o pasiva sino que es la representación de la creatividad y de la fertilidad en forma humana. Debido a que no solo trae al mundo hijos carnales sino que el feto ya cuenta con una historia anecdótica, “un niño siempre es una vida, pero una vida encarnada es una palabra desconocida, verdadera, viva, envuelta en carne” (p. 60). Es decir, en la niña existe una historia de origen inconsciente acerca de su descendencia y deseos de sus progenitores, se convierte en un símbolo encarnado. La autora afirma que el comportamiento de los niños es de acuerdo a los fantasmas de los progenitores, “el niño es la palabra verdadera, inconsciente y encarnada de sus genitores” (p. 66).

Las somatizaciones funcionales del niño las induce la madre que lo cría o están en relación con su opción inconsciente frente a su función genitora, es decir, la libido con representación genital o pregenital que está implicada en su relación emocional con este organismo parásito, en dependencia oral pasiva de la crianza después de la prueba del parto (Dolto, 2000, p. 66).

De esta manera, la diada madre-hijo satisface la demanda del niño aportando cuidados y alimentos, así como, la inserción en lo social. Sin embargo, existen deficiencias en dicha satisfacción, es decir, las imágenes del narcisismo primordial que conforma el deseo de vivir del sujeto, se muestran traumáticas. “la angustia crece y se puede llegar a la muerte del sujeto” (Dolto, 2000, p. 70). Freud citado en “lo femenino” de dicha autora, lo definen como “regresión libidinal con relación al objeto (...) a un

estado de organización en que este objeto era específico de deseo” (p. 70). Esto se debe a la organización emotiva que se presenta en el infante, la representación que sus padres hacen de él, la percepción y expectativas. A partir de esta organización emotiva, sensación exógena para el niño, se articula el organismo, sensación endógena donde siente, a la madre dejando de lado las representaciones de la subjetivación maternal, sus órganos y alineando sus corazones. Es decir, el comportamiento de los niños va dirigido por la relación que tiene con su criador, en este caso la madre. Relación que se fue construyendo en el proceso de gestación, la madre dota a la niña de cualidades, deseos y expectativas que se experimentan a partir del parto. Es así que la niña responderá a los deseos inconscientes de la madre, estructurando la dialéctica de la necesidad y la demanda.

Stryckman (2013) menciona que la niña va a llamar a la madre para que le satisfaga de su necesidad, venga a saciar su hambre teniendo en cuenta que ella llama a un objeto que necesita, sin ser cualquier objeto, es la madre un ser hablante cuyo inconsciente también va a operar en la respuesta dada. Esta satisfacción de demandas momentáneas (el seno materno o el biberón) son acompañadas de respuesta opuesta por un lado de aceptación donde está el amor, el don de palabra y otros dones y por otro lado el rechazo, la angustia, la cólera y la agresividad. De esta manera, la respuesta que se le da a la niña va dar cuenta de la demanda que la madre pone sobre su hija. Demanda que se convertirá en una pregunta para la niña, ¿qué es lo que mi madre desea de mí?, ¿Qué soy para ella?, ¿Qué quiere que sea? Preguntas que van acorde a un deseo de completud, deseo de conocer el ideal en el que se le dio la existencia, se la pensó, se la imagino, etc. “El deseo no es la búsqueda de un objeto o de una persona que vendrá a satisfacernos, es la búsqueda de un lugar, la búsqueda del reencuentro de un momento de felicidad sin límites” (p. 175).

Como bien sabemos, el deseo se forma a partir de la falta. El deseo materno conlleva a que su hija forme parte de su feminidad y maternidad. Sin embargo, si este último se convierte en único y excluye al signo de su feminidad, la niña se convierte en signo patógeno, en la hija objeto que permanece en la estructura deseante de la madre siendo causa de deseo de la madre, dejando de lado a la hija como sujeto deseante. En este caso, para que la hija no sea solamente objeto de goce para la madre es necesario inscribirlo en el gran Otro del lenguaje, donde esté sujeta por su deseo singular. Sin embargo, la entrada al mundo del lenguaje es intenso, es aquí donde la madre entra con

su amor maternal, que aunque es un amor sin condición, un amor que asegura a la niña, también es asfixiante. El padre ingresa en esta dinámica para dar un lugar justo a la niña, donde la madre tiene limitación para no inferir en toda la vida de este sujeto. Es una separación que infiere en el amor materno, goce y deseo de la madre en el cual la niña pasa de ser objeto que colma la falta, a un sujeto separado de ella (Stryckman, 2013).

“Una imagen inquietante del deseo de la madre: la boca de un cocodrilo, en el interior de la cual se encuentra, encastrado, el niño” argumenta Lacan en Recalcati (2011, p. 78). Es de esta manera que, el sujeto en la anorexia ve la representación de su madre, el Otro materno como devorador, que solo le interesa saciar su propio apetito. La niña anoréxica se vuelve “no apetecible” para este Otro devorador. Sin embargo, de acuerdo a la frase citada con anterioridad, se puede referir a una madre que busca en la niña llenar su falta (niña sustituta del falo). En dicha relación la hija trata de satisfacer al Otro materno para poder obtener un reconocimiento; no desde una dependencia de necesidades vitales más bien desde la dependencia de amor.

Las fauces del cocodrilo se cierran cuando la maternidad ha ganado a la feminidad. El deseo materno ha anulado a la mujer sin permitir la entrada del “Nombre-del-Padre”, quien opera para mantener el equilibrio entre ser-madre y ser- mujer. En este caso la niña viene a ser el falo de la madre, mostrándola en completud. El Nombre-del-padre es una función diferenciadora transmitida por la palabra de la madre que permite dar un lugar al sujeto para que no quede minimizado al objeto de goce exclusivo para la madre. Lacan la nombró “metáfora paterna” cuya dinámica es la sustitución de un significante - Deseo materno- por otro –Nombre del Padre- que va a normalizar a la madre, separando el deseo de la madre del niño objeto y limitando al goce (Recalcati, 2011).

Es así que, Lacan estructuraliza el complejo de Edipo de Freud para consolidar la inscripción del sujeto en el campo del gran Otro, es la inserción al lenguaje. De esta manera, la castración simbólica que separa a la madre de la hija, “¡Tú no puedes retornar en quien te ha generado!” y “¡tú no puedes comer tu fruto!” (Recalcati, 2011, p. 81) (En simbiosis) es estructurante, de otra manera en la anorexia esa separación se realiza a través de la “nada”.

En la anorexia se habla de la metáfora paterna débil, “el deseo de la madre no estuvo suficientemente barrado, limitado, contenido por la función paterna” (Recalcati,

2011, p. 86). El sujeto con anorexia se encuentra en la boca del cocodrilo no porque no exista Nombre-del-Padre, más bien porque se ejerció débilmente la función reguladora del deseo de la madre. Recalcati (2011) menciona que un elemento recurrente en la historia de las anoréxicas es la ausencia de la relación con la figura paterna desde lo simbólico. De esta manera, la anoréxica responde con la imagen de su propio cuerpo para protegerse del Otro devorador, “el cual el sujeto encuentra su propio lugar, un lugar no invadido por el Otro” (p. 88).

#### **1.4 Lo femenino**

La niña atraviesa por el complejo de Edipo como una formación secundaria, debido a que su experiencia se basa en el complejo de castración. La diferencia de los sexos hace que la niña se encamine a la feminidad apartándose de la masculinidad. Cambiando el clítoris por la vagina, a la madre por el padre y al deseo de tener pene por tener un hijo. De esta manera, la niña en el complejo de Edipo, que se explicara con más detalle a continuación, toma al padre como objeto de amor y a la madre como objeto de celos (Freud, 1925/1997).

Según Freud (1933/1992) el primer objeto de amor del varón y la mujer es la madre: “las primeras investiduras de objeto se producen por apuntalamiento en la satisfacción de las grandes y simples necesidades vitales” (p. 110). Sin embargo, para que la niña devenga en mujer debe atravesar tres fases, a las que Freud llamó fase de la ligazón-madre preedípica, de la sexualidad infantil que son: deseos orales, sádico-anales y fálicos, cuyos afectos son activos y pasivos, tiernos u hostiles. Donde, a partir de ellos se deriva la fantasía de seducción y la intensidad del vínculo sexual entre la madre e hija. Sin embargo, la hija hace reproches a la madre convirtiendo esta relación en hostil, donde entra el cambio de objeto y la ligazón- padre. Freud argumenta que dichos reproches se remontan a la poca suministración de leche lo cual es entendido como falta de amor.

Asimismo, Stryckman (2013) refiere dos situaciones para que la feminidad de la mujer devenga. La primera se basa en el reconocimiento de los órganos sexuales femeninos y masculinos, reconocimiento de sus órganos y la erotización de estos. El segundo se efectúa el cambio de objeto de amor teniendo en cuenta que el primer amor de objeto, la madre, no desaparece por completo. “La niña no debe cambiar totalmente o enteramente de objeto, sino invertir al mismo tiempo otro objeto de amor y este debe

ser de sexo diferente al de ella” (p. 211). Para que la niña pueda representarse inconscientemente con el significante de su feminidad es necesario que un hombre le dé un lugar, el deseo de un hombre. De esta manera, la madre viene a formar parte de la imagen idéntica, donde la niña buscará al padre como símbolo de aceptación de su feminidad consiguiendo rechazo, para lo cual la niña lo experimentará como abandono y desarrollará el odio hacia la madre, quien lo tiene.

Por otro lado la autora Martine Lerude (2003) argumenta que la feminidad aparece en tres instancias. La primera, nivel subjetivo, es el recorrido que la niña tiene que atravesar en el conocimiento de la diferenciación de los sexos. Como segundo nivel aparece la feminidad a nivel colectivo y social, donde se presentan prejuicios, saberes, imágenes, discursos, etc, que comprenden el imaginario colectivo que determina una cultura. Y por último la feminidad en relación con el otro sexo, en el que se buscará el deseo de un hombre.

De esta manera podemos asociar lo antes mencionado en la primera instancia con Freud en Recalcati (2011), argumenta que en la subjetivación de la niña con su feminidad existe un vínculo entre la niña y el Otro materno. El Otro materno deja una huella en el sujeto con anorexia que se encuentra vinculado en el régimen del Deseo de la Madre. La ausencia del padre, como significante de ley y como hombre causa de deseo, deja a la niña incorporarse en el deseo de la madre que la absorbe como el ser falo. Es así que, como ya lo hemos mencionado el sujeto con anorexia “introduce la nada como objeto separador”.

En la segunda instancia se sostiene, la respuesta subjetiva, anorexia como una construcción social y cultural, que mediante el discurso y los mitos imaginarios como el estándar de belleza en la feminidad, el cuerpo desde lo estético para el culto al autocontrol. Mediante este cuerpo delgado el sujeto con anorexia puede encubrir la falta en ser (Recalcati, 2011).

Y por último, la relación con el otro. La anorexia como la patología del ser donde la identificación es la falta en ser del sujeto, poder ser, “yo soy el objeto”, causa de deseo. Es decir, la relación que la anoréxica tiene con el otro es de ser el objeto-fálico más no el ser-fálico que buscará que el Otro ame. De esta manera, el sujeto con anorexia muestra al Otro un cuerpo que lo aterroriza, donde puede detener su falta y permitirle abrir el vacío e introducir el deseo (Recalcati, 2011).

Por otro lado, la amenorrea, la falta de interés por la vida sexual y la modificación del cuerpo son factores que conlleva al rechazo de la sexualidad. Desde la perspectiva de Cosenza (2013) el rechazo de la comida en el sujeto con anorexia es una defensa por ocupar una posición femenina. De esta manera se puede entender que, la anorexia aparece en jóvenes adolescentes donde las primeras características corporales se manifiestan; es decir, la anorexia es un modo de desafiar a las leyes del desarrollo biológico.

## SEGUNDO CAPÍTULO

### 2. Cuerpo

En el texto “Psicoanálisis y medicina” de Gustavo Dessal (2011) se aborda al sujeto como un organismo viviente a través de su cuerpo orgánico, pues es a partir de este que se goza. El cuerpo era el único objeto de estudio por su visibilidad; no obstante, fenómenos como lo consciente e inconsciente estaban cuestionados en su funcionamiento.

Es así que, en “una crónica freudiana del cuerpo”, Mario Orozco (2012) plantea que el cuerpo es un elemento central en la identificación del sujeto. De acuerdo con los estudios de Freud, que revelan la expresión del inconsciente a través del cuerpo histórico, debido a la inhibición del goce. Es decir, se desplaza al cuerpo alguna situación psíquica que es inconciliable en las representaciones del yo, por lo cual se muestra en él como la expresión de una representación reprimida. De esta manera, el síntoma es el reemplazo de dicha representación por un lugar en el cuerpo.

Se puede decir que el concepto de cuerpo en el psicoanálisis parte de los estudios de Freud a través del concepto de las pulsiones, donde lo psíquico y lo corporal tiene relación. Las pulsiones son el paso por el cual el cuerpo puede comunicarse con lo anímico del sujeto, mediante estas, el cuerpo notificará la satisfacción o insatisfacción de las zonas erógenas; en primer momento, a las necesidades vitales. Es así que, el cuerpo es el receptor de los estímulos y sensaciones que provienen del medio exterior y la madre o la figura primordial, como representante de cuidado y de cumplimiento de las necesidades vitales, es la que proporciona al infante un cuerpo, mediante el paso de las manos, erotizará las zonas corporales y lo ira descubriendo. Sin embargo, no basta solo con el conocimiento del cuerpo carnal, es necesario la palabra que atraviesa por él, en cuanto, reconocimiento de necesidades donde el otro le reconocerá y le permitirá reconocerse (Orozco, 2012).

Por otro lado, la cultura juega un papel importante en el cuerpo del sujeto. Proporciona instrumentos diferentes para generar mejores condiciones de vida; como la ciencia, dejando de lado la expresión de las pulsiones y el proceso de represión, que da a notar el síntoma. De esta manera, la cultura y la ciencia se introducen en el campo del

sujeto de forma invasiva aportando respuestas inmediatas de perfeccionismo, tanto en la salud como en el ideal corporal. Dando paso a la “felicidad” enmascarada de arte, deporte, ciencia, ideales estéticos, etcétera (Orozco, 2012).

Es decir, el cuerpo como una construcción simbólica más allá de su anatomía física. El cuerpo se va construyendo a partir del lenguaje; las expectativas creadas en torno a él; antes de su nacimiento, de la relación que el niño tenga con relación a sus primeras figuras de cuidado, conjuntamente con el entorno y la cultura donde se va a formar como sujeto.

Es a partir de aquí que, en el estadio del espejo, Lacan (1936/2009) mediante la observación de un niño en su primera infancia, afirma que alrededor de los seis y dieciocho meses suge una identificación. Ya que el niño no tiene una imagen de su cuerpo completa sino fragmentada, la madre lo introduce al reconocimiento de su cuerpo mediante el reflejo en el espejo. De esta manera, el niño busca una identificación, en la cual se muestra jubiloso, ya que en la imagen especular ve a otro, un *imago* que formará su yo ideal. Es decir, el estadio del espejo incita al niño a hacer una identificación espacial, con la cual posteriormente da paso a una imagen unificada, donde se revela la relación del organismo con su realidad.

Jean Bergès (1999) argumenta mediante el transactivismo la acción de la madre al acompañar a su hijo en la exploración de su cuerpo y las sensaciones. Cuando la madre dice algo acerca de las emociones, sensaciones y experiencias transitadas por el cuerpo del niño, lo introduce en el campo de lo simbólico, brindándole una identificación con el discurso, que lo permite anticiparse al peligro y al dolor; además de poder atribuirle un cuerpo. Es necesario que se presente un afecto acompañado del discurso para realizar una identificación, es así que, cuando el niño se golpea la madre enuncia el dolor y la parte del cuerpo, a partir de ahí la sensación desconocida queda en el imaginario del niño y se ordena en lo simbólico debido al lenguaje, mediante los significantes particulares que representan al sujeto. De modo que, la madre convierte la demanda que el niño no puede formular en un discurso con el cual él se identificará. La madre mediante el transactivismo cuida el cuerpo del niño y recuerda que ella también cuenta con uno. De esta manera, la función de afecto hace que el cuerpo de la madre y del niño funcionen en el campo del discurso simbólico.

Además, Jorge Ulnik (2011) menciona, en su texto “El psicoanálisis y piel”, que el infante al nacer recibe varios estímulos que lo ayudarán a la construcción de su esquema corporal. Lo define en tres etapas: los estímulos sensoperceptivos, la integración con el Otro y las imágenes de sí mismo y sus semejantes.

Los estímulos sensoperceptores se dividen de acuerdo a las sensaciones recibidas por cada parte del cuerpo: exteroceptores (sensaciones con los órganos de los sentidos), propioceptores (sensaciones de la piel, músculos, equilibrio, vibraciones, etc.) e interceptores (sensaciones viscerales). A partir de estos, el Otro aparece mediante la traducción de estos estímulos. Como el niño aún no puede decodificar la sensación que está experimentando, entra la madre para explicarle lo que está sintiendo: interviene activamente. Es decir, lo marca simbólicamente y le permite tener una vivencia de satisfacción o por lo contrario, si es el Otro no traduce o no es escuchada por el niño, va a utilizar otros mecanismos para comunicarse, “cuando la comunicación ente los padres y el niño no es adecuada, una reacción corporal puede ocupar el lugar de las palabras e intervenir en la emisión de un mensaje como si fuera una representación motriz de lenguaje” (Ulnik, 2011, p. 218), de esta manera el esquema corporal puede quedar desarticulado.

## **2.1 Esquema corporal e imagen corporal**

El cuerpo, como herramienta de mediación entre lo subjetivo y el mundo real. Según Dolto (1986) “*el esquema corporal* es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico” (p.18). Las experiencias que obtenemos mediante el cuerpo pueden generar que la imagen del cuerpo se vea invalidada o validada. El cuerpo anatómico; la sensación de los órganos, tejidos, músculos, órganos, etc, conforman el esquema corporal cuyas manifestaciones pueden provocar trastornos a nivel de este. Según la autora es necesario que este cuerpo patológico sea simbolizado (imagen corporal), es decir, se hable sobre el cuerpo desde una postura sana, se proyecte una imagen sana del cuerpo mediante la palabra y de esta manera aceptar el intercambio de sujeto a sujeto, integrando herramientas de comunicación y relación con el Otro.

Se habla de *esquema corporal* al objeto que permite la intersubjetividad de manera pasiva o activa a la imagen del cuerpo que se encuentra fundada en el lenguaje, sin este

no se podría representar la relación libidinal que existe entre lo físico que forma parte de lo general de la realidad, un cuerpo con extremidades, órganos, etc, y con lo particular, la construcción de cada uno, la historia que está ligada al sujeto que lo porta. Dolto (1986) afirma que: “el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente” (p. 21).

Por otro lado, *la imagen del cuerpo* es un concepto acuñado por Françoise Dolto desde su práctica con niños, el cual lo define como: “encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (Dolto, 1986, p. 21), es decir, está conformado de las experiencias emocionales y vivencias relaciones que vienen desde la concepción. Explicándolo, en la imagen del cuerpo se relacionan las huellas de día a día, la frustración, el goce, las prohibiciones, las fantasías, etc, está mediatizado por el lenguaje y la tensión de las pulsiones que se expresan en la imagen de las zonas erógenas. Mientras que el esquema corporal se encuentra estructurado por el aprendizaje y las experiencias, este es evolutivo en el tiempo y espacio. Es por esto que, el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo son herramientas de articulación de referencias del discurso.

La imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscribe las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal, y más particularmente de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre las cuales el contacto y los decires de las madres son predominantes (Dolto, 1986, p. 33)

Es decir, *la imagen inconsciente del cuerpo* es la comunicación con otro, es la memoria con el fantasma de la relación que tuvo. Dolto en *el niño del espejo* (2006) menciona que la imagen corporal es una lectura del dolor del sujeto (*je*) con la articulación con su yo (*moi*)<sup>4</sup>. Es decir, existe una expresión del malestar desde “me duele” o “no tengo hambre”, no obstante, lo que se quiere expresar es “esto sufre en mi cuerpo”.

*La imagen del cuerpo* según Dolto (1986) se distingue en tres modalidades: imagen base, imagen funcional e imagen erógena.

---

<sup>4</sup> Según la explicación de Dolto (2006) la diferencia de términos en francés: moi (pronombre personal de la primera persona singular; corresponde al “yo” de la segunda tópica freudiana) y je (también pronombre personal de la primera persona singular, pero que solo puede cumplir en la fase la función del sujeto; corresponde al sujeto del inconsciente de la teoría lacaniana). Es decir, en la utilización de Je va a dar cuenta construcción simbólica y moi la construcción imaginaria

*La imagen base* es el sentimiento de existir, del cuerpo siendo sujeto de deseo, es el narcisismo primario que se anima al niño a vivir, procede del deseo de los padres que lo dotaron de simbolismos. El narcisismo primario proporciona el sentido de ser-en-el-mundo con identidad social y simbólica (seguridad). Es decir, consta del reconocimiento que está ligado al cuerpo dotándolo de palabras, pulsiones de vida, que pasará sobre las pulsiones de muerte. Dolto (1986) afirma que no puede ser afectada la imagen base a menos que esta sienta una amenaza en la vida, “defensa contra un peligro sentido como persecutorio, y la propia representación de esta persecución está ligada a la zona erógena actualmente dominante para el sujeto” (p. 44). De esta manera, la imagen base se pone en peligro mediante fantasmas de persecución ya sean: orales, anales, viscerales, etc. Es necesario mencionar que la imagen base se modificará en cada estadio. En la cual si se habla de la fase oral, tomará la representación de las anteriores representaciones; respiratoria, olfativa, auditiva, etc, pero también asociará la representación de hambre o saciado (estómago lleno o vacío).

*La imagen funcional* está estructurada a partir de: esquemas de motricidad, funcionamiento de los órganos y de los orificios del cuerpo. Estos son los mediadores del cumplimiento del deseo para obtener placer en las zonas erógenas del cuerpo (Dolto, 1986).

*La imagen erógena* está ligada a la imagen funcional generando placer o displacer erótico. Para esto es necesario: “1. que la imagen funcional permita una utilización adaptada del esquema corporal; 2. que la imagen erógena abra al sujeto la vía de placer compartido, humanizante por lo que tiene el valor simbólico” (Dolto, 2006, p. 49).

La autora francesa menciona que la *imagen del cuerpo* es la síntesis de estas tres imágenes, enlazadas por las pulsiones de vida, a partir de estas se actualiza la imagen dinámica que atañe al <deseo de ser> donde será presente, activo y participante donde se busca alcanzar el objeto, sintiéndose deseante. Sin embargo, la sensación corporal está acompañada de fantasmas diferentes de acuerdo con el contacto de los sujetos con los objetos, presentes o ausentes, parciales relacionados con el lenguaje. La imagen corporal funciona a partir del intercambio de palabras que simbolizan al objeto deseado.

Según Nasio (2008) la imagen especular que el niño ve en los primeros años de vida, hasta los tres, es una apariencia; la imagen que él ve en el espejo es la imagen que

los otros ven de él. Es a partir de aquí que, el niño da prioridad a las apariencias y no toma en cuenta las sensaciones internas, es decir, el cuerpo visto se impondrá al cuerpo vivido las sensaciones provenientes serán reprimidas. En otras palabras, el cuerpo visto estará en lo consciente y el cuerpo vivido en lo inconsciente. No obstante, “las imágenes inconscientes del cuerpo se reactivan vivamente cuando el niño atraviesa sus primeras crisis de crecimiento y experimenta intensamente las sensaciones que lo agitan” (p. 23). Las imágenes permanecen activas a lo largo de la existencia aunque hayan sido reprimidas, por lo tanto, se expresarán con diversas manifestaciones en el cuerpo. Se explica que, las imágenes inconscientes marcarán ciertos comportamientos: las posturas, los gestos, la mirada, el tono de voz, etc. De esta manera, decidirá los gustos y decisiones estéticas que revelarán un lenguaje para descifrarlo. Para esto hay que entenderlo desde dos elementos: el primero es la sensación adquirida inmediatamente, la percepción de algún estímulo y el segundo es la representación que se hace de ella, la imagen que se obtiene, la cual queda en el inconsciente. De modo que, toda percepción estará grabada en el inconsciente.

Por consiguiente, la sustancia del sujeto es la imagen corporal debido a que no solo somos carne, hueso, órganos, etc. También somos lo que el cuerpo siente y ve. En otras palabras, el sujeto se forma a partir de las experiencias que el cuerpo percibe. La imagen inconsciente del cuerpo es la memoria inconsciente de nuestro cuerpo infantil, “nuestro yo es la idea íntima que nos forjamos de nuestro cuerpo, es decir, la representación mental de nuestras experiencias corporales, representación constantemente influenciada por la imagen que nos devuelve el espejo” (Nasio, 2008, p. 56). De esta manera, Lacan menciona que el yo es una entidad imaginaria esculpida de equivocaciones y espejismos que modifican la percepción de cada uno, es así que, como el yo se muestra como un “lugar de desconocimiento”, la única manera de sentir el cuerpo vivo es a partir del movimiento y de cómo se lo ve. Es a partir de la experiencia y las percepciones adquiridas que formamos una imagen subjetiva del yo, no existe un yo puro porque se construye y destruye a través de la interpretación personal de lo que se siente y se ve del cuerpo. Es decir, del amor o del odio que se encuentra grabado en el mismo.

Es así que, la imagen que percibimos del cuerpo estará deformada de acuerdo con las sensaciones y percepciones de amor y de odio que obtenemos a partir de la

experiencia de la infancia y del Otro (fantasmas inconscientes). La imagen está obturada y la percepción del cuerpo falseada por recuerdos de amor, de odio o de juicios.

Acorde con Nasio (2011), la imagen es el doble de algo que puede aparecer como un reflejo (espejo, ventana o sombra), como una representación consciente o inconsciente o como una actitud corporal, que se la define como imagen actuada. Es decir, “La imagen visual es el doble de la apariencia del cuerpo, la imagen mental es el doble de una sensación y la imagen actuada es el doble de una emoción inconsciente” (p. 66). Por lo tanto, se entiende que el cuerpo y la imagen son uno, de acuerdo a la percepción subjetiva, se forja la imagen que se tiene del cuerpo. Por consiguiente, Nasio, siguiendo la visión lacaniana, formula que el cuerpo tiene tres dimensiones; cuerpo real, cuerpo imaginario y cuerpo simbólico. “El cuerpo real es el cuerpo que siento, que el cuerpo imaginario es el que veo y que el cuerpo simbólico es a la vez mi cuerpo simbolizado, símbolo en sí mismo y significante, vale decir, agente de cambios operados en mi realidad somática, afectiva y social.” (p. 76), se infiere que, el cuerpo adquiere la condición de: real cuando siente, imaginaria cuando ve y simbólica cuando aparecen nuevos significantes.

Entonces, el cuerpo real es el cuerpo que se siente. Es el medio por el cual se percibe y se siente para poder construir el imaginario y poder simbolizarlo. De esta manera, las representaciones inconsciente y consciente que se forman a partir de las sensaciones evocarán en algún momento de la vida o zona corporal, una representación que después de ser imaginada es simbolizada.

A continuación se explicará el cuerpo imaginario en el apartado de “lo imaginario” y el cuerpo simbólico en “ideal fálico-delgadez”.

## **2.2 Lo imaginario**

En “la tópica de lo imaginario”, Lacan (1954/2001) señala que: “La relación entre lo imaginario y lo real, y la construcción del mundo que de ella resulta, todo depende de la situación de sujeto. La situación del sujeto está caracterizada esencialmente por su lugar en el mundo simbólico” (p. 130): la palabra.

Según Nasio (2011), el cuerpo imaginario es el que se ve en el espejo pero no es la apariencia física: el color de ojos, el color de la piel, las facciones faciales, el tono muscular, etc. El cuerpo imaginario es, como lo llamó Lacan, la imagen especular del cuerpo, imagen que fue capturada como una Gestalt, por partes y como un todo. La definición de la imagen especular es:

el reflejo de nuestra silueta en el espejo, silueta que puede aparecérsenos en un soporte -pantalla, fotografía, escultura o dibujo- o que también podemos reconocer en la apariencia de nuestro semejante o que incluso puedo reconstituir mentalmente observándome las piernas y los pies cuando estoy de pie. Salvo en este último caso, señalemos que la Imagen especular es siempre perceptible fuera de nosotros (Nasio, 2011, p. 81)

Asimismo, la imagen especular puede fomentar el odio o el amor hacia uno mismo. Es una imagen perforada, lo que se ve en el espejo es una metáfora. Debido a que no se puede ver reflejado las emociones, el cuerpo las expresa y se puede observar mediante el reflejo.

El estadio del espejo de Lacan, interviene para la formación de la identidad y con ello la formación del yo (je) y del sí mismo (moi). Explicándolo: “el primero es la afirmación simbólica y social de nuestra singularidad y singular, mientras que el segundo es la afirmación imaginaria y afectiva de nuestro ser” (Nasio, 2011, p. 84). En esta fase, el bebé se percibe como una entidad diferenciada de los otros: muñecos, peluches, madre. Más no como sí mismo, es decir, el bebé puede identificar el cuerpo e identificarse con la forma humana que está viendo pero no puede pensar que ese es su reflejo. De esta manera, el infante puede verse en tres etapas: 1. Se identifica como una entidad con forma humana, 2. Distingue la diferencia de la forma humana con lo que le rodea y 3. La forma es una unidad coherente y en movimiento. Se puede decir que, la unidad del yo es imaginario y la entidad humana es simbólico (Nasio, 2011).

Dicho autor menciona que: “La relación del niño con la imagen especular está condicionada por la presencia del Otro” (p. 86), es decir, la relación que el niño tiene con el espejo no es dual sino triangular: el niño, su imagen y un adulto quien le dará una respuesta a la interacción que el infante tiene frente a su reflejo, le confirma, le sonrío o lo rechaza (anorexia).

De esta manera, la imagen permite la identificación, el poder sostenerse con el modelo de otro, es decir, la identidad de un sujeto se basa en identificaciones con los adultos a partir de su imagen especular.

Nasio (2008) menciona que, la percepción que se recibe de la imagen del cuerpo va a ser deformada debido al deseo inconsciente que nos permite ver de un u otra forma: nariz más ancha, cabeza más grande, pechos muy pequeños, ojos muy separados, etc. Es decir, somos ciegos a la realidad objetiva del cuerpo, creamos una imagen exagerada o insuficientemente apta, vemos al cuerpo como lo queremos ver, es una imagen falsa. La distorsión de la percepción va a estar en el orden de los afectos, lo que estoy viendo amo u odio, esta deformada por la presencia del Otro, en tanto, figuras de elogios, groserías, influencia social, cultural e histórica. De esta manera, el *fantasma inconsciente* se crea a partir de la subjetividad en la vivencia de los sentimientos conscientes e inconscientes, el Otro y las experiencias que marcaron en la infancia.

En la anorexia, el estadio del espejo es constituyente de la imagen especular, en la cual la identificación no forma parte del cuerpo. Se puede mencionar, que el sujeto con anorexia presenta una dispercepción de la imagen del propio cuerpo, no está en juego sólo el transitivismo que la madre realiza sobre el cuerpo del niño, se debe a la insuficiencia en cuanto a la diferenciación del yo con el Otro materno característicamente invasivo con las sensaciones y estimulaciones, sin acompañarlo a percibir sus propias necesidades. De esta manera, la identificación simbólica es débil provocando un trastorno perceptivo con alteraciones imaginarias (Recalcati, 2003).

En consecuencia, la mirada del Otro que debe acompañar la identificación del niño; es decir, no aportó simbolismos, más bien fue una mirada crítica y agresiva. Ocasionando “una identificación débil para subjetivizar lo real de la sexualidad” (Recalcati, 2003, p.81). Al no poder ser simbolizado retorna alucinatoriamente provocando un trastorno perceptivo, el sujeto con anorexia se defiende de la sexualidad manteniendo su cuerpo infantil.

“La anoréxica parece dar un lugar a una especie de construcción patológica del yo ideal que impide el acceso a la construcción simbólica del Ideal del yo<sup>5</sup>” (Recalcati, 2011, p. 114), el yo ideal del sujeto con anorexia es un yo tiránico que incrimina a un vasallaje, donde el ideal del cuerpo delgado es su amo. Sin embargo, dicho ideal no refiere a un cuerpo estético, a un ideal de belleza, más bien es un cuerpo esquelético, donde se da a notar la percepción distorsionada del cuerpo, es un deliro donde el sujeto con anorexia aún se ve bello.

De manera que, la escena primaria de la anorexia es la construcción simbólica de unificación frente al espejo, el Otro no le brindó reconocimiento. “la mirada del Otro se burla, ofende, muestra un daño en la imagen” (Recalcati, 2011, p. 110). El cuerpo de un sujeto con anorexia queda fragmentado de su imagen especular, es extraño e irreconocible. No hubo reconocimiento simbólico, mas bien removió la imagen de su cuerpo.

### **2.3 El ideal fálico - delgadez**

La relación del sujeto con el exterior es a partir de la intervención de los significantes simbólicos, donde la percepción permite dar importancia al *Ideal de yo* que condiciona al *Yo ideal*. En el artículo “Patologías del Ideal” de Luis Volta (2017) menciona que la construcción subjetiva y la conformación del yo en torno a la imagen especular es la identificación primaria, el *Ideal del yo* que está simbolizado de acuerdo con el significante fálico. El cuerpo es la realidad de quien lo mira y desde donde se lo mira.

El cuerpo es goce que se escribe como síntoma, es la expresión de cada acontecimiento. La característica de que un cuerpo está vivo es porque goza y sintomatiza, cada uno de distinta manera. Según Araceli Fuentes (2016) en su libro “El misterio del cuerpo hablante”, en el psicoanálisis no hay idealismo, ya que el síntoma da cuenta del sujeto y de su intento de homogenización con los grupos sociales y con el

---

<sup>5</sup> Ideal del Yo: Es una instancia del plano simbólico que regula la estructura imaginaria del yo (moi), las identificaciones y los conflictos que se presenta en la relación con los semejantes (Chemama & Vandermersch, 2010).

Yo ideal: es una instancia del plano imaginario que es elaborado a partir de la imagen del cuerpo frente al espejo. Es el soporte de la identificación primaria, donde se establece una alineación con los semejantes y fuente de las identificaciones secundarias en las que el “je” se relaciona con la cultura y el lenguaje (Chemama & Vandermersch, 2010).

capitalismo. Desde Freud, el cuerpo da cuenta de un saber inconsciente, a partir de sus casos muestra que el cuerpo revela acontecimientos reprimidos, mientras que Lacan postula que el sujeto es la construcción de significantes; es el lugar del Otro, el lugar de la palabra y no del sujeto. Es decir, “el inconsciente es un saber que no se sabe, un saber sin sujeto, pero un saber que afecta al cuerpo” (p. 22). De esta manera, se postula que el inconsciente no existe sin la relación con el cuerpo, la revelación de los síntomas, de la repetición, de la angustia, del goce, del fenómeno psicossomático, etc., es la expresión inconsciente alineado con el Otro, el Otro como tesoro de los significantes. No existe sujeto sin el Otro, el Otro lo precede, el cuerpo lleva la historia del Otro, la historia privada del sujeto, la que ha dejado marcas de goce en su cuerpo.

El ser hablante y hablado no quiere saber sobre la pulsión que lo habita, y esto le lleva a defenderse de ella situándola en el campo del Otro, una operación que realiza el fantasma y que consiste precisamente en eso, en situar la causa material en el Otro, haciéndolo responsable de lo que le ocurre al sujeto (Fuentes, 2016, p. 21).

El Otro está situado como un objeto fantasmático en el cual, el sujeto puede beneficiarse. Por un lado, puede seguir desconociendo la causa de su síntoma y por otro tapa un vacío que le angustia.

Es necesario que el lenguaje dé un cuerpo para posteriormente poder incorporar el lenguaje en el cuerpo, el cuerpo deviene simbólico. No se nace con un cuerpo, se nace con un organismo vivo que se va a construir con el Otro. Es decir, el ideal va dirigido hacia el Otro, se busca la mirada del Otro.

Consenza (2013) menciona que si se tiene una percepción distorsionada del cuerpo se debe a un mal funcionamiento en la construcción del cuerpo-significante. Por otro lado, Nasio (2011) menciona que el cuerpo es una metáfora conformada por significantes capaces de transformar la realidad. Es decir el cuerpo simbólico es el cuerpo significativo, parcial, cuyas características son particulares de cada sujeto, pasan a ser notables cuando son representativas del sujeto, a su mirada o de los otros.

“No elegimos lo que somos; somos lo que nuestros significantes corporales quisieron que fuéramos” (Nasio, 2011, p. 95). De manera que, el cuerpo es un significativo designado por un nombre, en esencia el cuerpo significativo es la relación del cuerpo vivido y el cuerpo especular.

La mirada sobre la propia imagen está acompañada de fantasías y de angustia. Según Pieck (2007) la disminución de peso puede asociarse a la búsqueda de purificación del cuerpo. Los signos de la anorexia, en primera instancia, se presentan como una desintoxicación de toxinas que alteran el cuerpo, lo que se busca es deshacerse “de los desechos”, “de la basura” que existe en el cuerpo creado a partir de carne y hueso. Es así que, en la anorexia, la insatisfacción por el cuerpo con volumen y forma viene a considerarse un cuerpo enfermo supuestamente asociado al exceso de peso. Cuando el sujeto con anorexia se mira en el espejo, ve la mirada de los otros, quienes son importantes para obtener el ideal de delgadez. Es decir, la mirada apunta a dos direcciones; ver y ser visto o se da a ver. El sujeto con anorexia borra cada rasgo de sexualidad, mostrando una figura infantil, la cual se da a ver como una niña en dependencia de sus padres. No obstante, la imagen del cuerpo de un sujeto con anorexia es tortura debido a que constantemente debe corregir una falla en su esquema corporal.

Asimismo el discurso anoréxico está “en control”: control del peso, control del cuerpo, control de hambre, control del Otro. Estas actividades de control vienen a formar la defensa del deseo del Otro, ya que en el sujeto con anorexia el Otro quedó como referencia de ley al tener un funcionamiento defectuoso en el Nombre-del-Padre. El cuerpo del sujeto con anorexia está vaciado de pulsión y rellenado del Ideal, “el sujeto con anorexia no quiere ocuparse del interior como un conjunto de funciones, de órganos y de fuerzas pulsionales, sino que pretende dedicarse solamente a su fachada externa. Quiere ocuparse de su cuerpo estético, visible, percibido por la mirada” (Recalcati, 2011, 197). Es un cuerpo geométrico sin marca de características de relieve; sin embargo, la pulsión no se la puede abolir por completo, está ahí, en la lógica del sujeto con anorexia donde a pesar que reduce su masa corporal a lo mínimo, sigue en “la batalla del peso”, el cuerpo se sigue mostrando heterogéneo al Ideal. De esta manera, el sujeto con anorexia realiza una separación con el Otro confrontándose con la pulsión, rechazando el alimento (Recalcati, 2011).

El sujeto con anorexia sigue la delgadez, reducir su cuerpo a lo mínimo; eliminar todos los relieves, achatar las formas y conseguir una figura geométrica con el fin de alcanzar un ideal (imagen llena de goce). Es una vía estética que opera desde un delirio en el cuerpo, en donde es necesario hacer más: más ejercicio, más dieta, más rituales de limpieza, etc. Este delirio habla sobre una posición fundamental en el sujeto con anorexia frente al Otro materno, donde se confunde la demanda con el deseo “¡no

quiero ser el pozo en el cual depositar tu alimento, y esconder así un deseo que no existe!”, “¡no soy el objeto de tu goce, no soy una simple necesidad de comida!” (Recalcati, 2011, p. 94). El autor afirma que el ideal de un cuerpo desde la vía estética y el delirio que el sujeto con anorexia presenta “son modos con los cuales la anoréxica trata de no entrar en la psicosis; modos con los cuales ella dice al Otro, que existe; que existe como sujeto de deseo” (p. 94). A partir de este ideal, el sujeto con anorexia empuja al Otro a encontrarse con su deseo: “¿ya comiste?”, “¿cuánto comiste?”.

## TERCER CAPÍTULO

*“en el imperativo de consumirlo todo, nada se desea,  
es necesario que algo falte para que se desee”  
(Firpo, 2000, p. 11)*

### 3. La nada

¿Cómo intervenir con un paciente que llega a la consulta con un cuerpo que lo atormenta, le disgusta, sufriente, que le da o restringe comida más allá de la necesidad?. ¿Es un cuerpo que no se soporta!, ¿elegir morir, para vivir? ¿Vivir para sufrir, sufrir para vivir? (Hekier & Miller, 1994)

Un paciente que no consume alimentos, que le falta proteínas, calcio, potasio, glucosa, etc, a su cuerpo, es un paciente que se encuentra en riesgo, debido a las complicaciones riesgosas en el estado de salud. Se tiene en cuenta que, estas alteraciones clínicas se diferencian, se interrumpen y se diagnostican bruscamente, desde la medicina, ya que se presentan como emergencia. En ocasiones, la familia no reconoce y se encuentra en negación, suponiendo que el cuerpo del sujeto con anorexia está acorde con lo estético o protegen el síntoma presumiendo que cuando la etapa de la adolescencia pase, también pasará la idea de cuerpo delgado y alimentación restrictiva (Hekier & Miller, 1994).

El sujeto con anorexia en la negación de alimentarse sostiene su deseo, la “huelga de hambre” es la única manera en la que él puede surgir como sujeto fuera del deseo de la madre. De esta manera, el decir y el actuar ubica a la muerte como significante: “Necesito morir para saber; ¿quién soy? Después de muerto quiero ver qué pasa con ello (...) si pierdo mi enfermedad, no sé qué hago, ¿qué soy?” (Hekier & Miller, 1994 p. 29). A partir de aquello, se presenta una interrogante, ¿de qué depende la transferencia con estructuras psíquicas que son más próximas al hacer que al decir? En el decir, se ponen en juego significantes y un supuesto saber del sujeto, existe una relación entre el analista y el analizante, mientras que, en el hacer una parte del cuerpo del analizante actúa (Hekier & Miller, 1994) .

Elegir a la teoría psicoanalítica como lectura y tratamiento de la anorexia, conlleva a entenderla como un síntoma, una formación subjetiva, una construcción inconsciente y no como un cuadro clínico patológico, en el cual, se va a enfocar en el

trastorno de alimentación o la imagen distorsionada del cuerpo. Es necesario tomar en cuenta la singularidad del sujeto con anorexia, teniendo en cuenta la universalidad del síntoma. Doménico Cosenza (2013), autor del texto “el muro de la anorexia” manifiesta que, la anorexia podrá devenir como síntoma en el sujeto, cuando la cura haya iniciado; a diferencia del sujeto neurótico quien ya trae el síntoma como parte de su malestar desde el primer momento. La anorexia no se trata del rechazo a la comida, más bien es el comer un “objeto inaudito”: la nada.

La nada, según Lacan (1957/2008) está en el plano simbólico. En el recorrido a través de la frustración el autor menciona que, la satisfacción de la necesidad sustituye la satisfacción simbólica, se debe a que el objeto real recibe una transformación y se le proporciona un valor simbólico a la acción por la cual se recibe el objeto. Sin embargo, no se puede hablar de un objeto real en específico, se trata de la satisfacción sustitutiva de la satisfacción. Es decir, en la anorexia se *come nada*. La ausencia y presencia que el infante experimenta, sitúa a él frente a la madre como ausencia y la llama a ser presente. En otras palabras, sujeto con anorexia no come nada de la omnipotencia de la madre.

Según Recalcati (2003) en la “clínica del vacío”, el sujeto con anorexia mantiene en su discurso la nada: “Quiero nada..., como nada..., deseo nada..., debo no sentir nada...,” (p. 20), es así que, el autor menciona que, existen dos *nadas* en el sujeto con anorexia.

*La primera nada*, va a dar cuenta de la nada en tanto separador. Es decir, al presentar la nada el sujeto se cierra al paso del Otro, le muestra su castración abriendo un agujero, en donde es necesario diferenciar la necesidad biológica de la demanda de amor.

*La segunda nada*, es el contrario de la primera que busca el deseo del Otro, la segunda nada está en el goce del Otro, expresa el rechazo total al Otro; es decir, excluye al Otro de su goce

Para Cosenza (2013) la nada del sujeto con anorexia es la inconciliación del objeto a en el campo del significante. Siguiendo al autor, menciona que el objeto a y el destete funcionan como una privación, la cual a través del rechazo del alimento, el objeto; la nada es retenida en la boca vacía. Es así que, en la anorexia la boca se convierte en el goce completo y el cuerpo pulsional no entra en la dialéctica de deseo o en la significación fálica. De aquí, el cuerpo infantil cae en la adolescencia; cuando

comienzan los cambios físicos de reconocimiento sexual: menstruación, características secundarias como: crecimiento de los pechos y ensanchamiento de las caderas, acumulación de grasa en las caderas y muslos, etc., causando: amenorrea y disminución al mínimo de las características físicas a base de dietas estrictas. Es la manera en que, el sujeto con anorexia busca la falta del Otro y genera deseo en él; “¡puedes perderme!”.

El mencionado autor señala que la anorexia no está en el orden del narcisismo del cuerpo, donde se pone en juego la fragilidad y el ideal de belleza, más bien está en la dialéctica del sujeto con el Otro y el deseo.

La elección del campo analítico como tratamiento, es debido a que se pone en paréntesis al síntoma (a la anorexia). Dando un lugar al sujeto quien es el que posee el síntoma y quien padece del sufrimiento, para que genere la palabra en torno a sí mismo, dándole un lugar de sujeto implicado en su cura, más no en las situaciones fenomenológicas del síntoma como: el cuestionamiento de su mala alimentación, de su cuerpo, de su peso y de la mortalidad. De esta manera, las intervenciones que se realizan van en torno a la expresión del sujeto acerca de sí mismo. Es decir; “¡discutamos de otra cosa!”, cuando el sujeto con anorexia hable acerca de las calorías o de su cuerpo o “¡coménteme de usted!”, “¿qué piensa acerca de esto...?”, etc. Es decir, se invita el devenir del sujeto cuando este empieza hablar acerca de su padecimiento: “el síntoma tiene un estatuto metafórico, simbólico, inconsciente, que el sujeto ignora y cuyo valor puede emerger solo si se inscribe en una cadena asociativa, producida en el discurso del paciente, relativa a su historia singular” (Cosenza, 2013, p. 39). Es así que, cuando el sujeto habla acerca de sí mismo, la metáfora expuesta puede quedar aislada y reconocida.

Dicho autor cita a Lacan con su postulado de 1953, “*el inconsciente está estructurado como un lenguaje*” (p. 49). De esta manera, la línea de intervención es direccionada al eje simbólico; a las cadenas de significantes que enmarcan el discurso. Para esto, Cosenza (2013) toma como base ciertas articulaciones conceptuales:

- a) En el *rechazo* de la comida, el sujeto con anorexia da cuenta de su deseo, de una separación del sujeto con el Otro, y de esta manera el sujeto puede mantenerse como sujeto deseante.

- b) El sujeto con anorexia pone al Otro primordial en evidencia al rechazar los cuidados minuciosos y necesidades excesivas que le brindan, ya que el Otro primordial se mantiene cegado de la demanda de amor, del deseo.
- c) El sujeto con anorexia come “nada”, la nada como un significante de omnipotencia del Otro
- d) La anorexia como ideal fálico de delgadez, trata de un cuerpo que encarna la insatisfacción de ser objeto del Otro.

Es decir, «la dirección de la cura» en el sujeto con anorexia será mediante el deseo del sujeto en metáfora con el rechazo; rechazo del cuerpo, rechazo del Otro, rechazo de la comida. Este rechazo se lo presenta desde dos estatutos: rechazo del deseo (neurosis) y rechazo de goce (psicosis y neurosis), esta dualidad también se la encuentra en el objeto nada, quien es el que funciona como significante de deseo y como causa de deseo, que da la estructuración de un goce en torno a la satisfacción y privación (Cosenza, 2013).

Asimismo, la anorexia es una cura autónoma, una solución inconsciente acerca de la dificultad en la relación con el Otro. Si se reduce la omnipotencia del Otro, el síntoma alimentario del sujeto con anorexia también puede sosegar. Ya que el rechazo es como una metáfora de la demanda de amor, por un lado la separación del sujeto con el Otro y desde el rechazo el sujeto puede operar sobre el Otro (Cosenza, 2013).

La vertiente metafórica del *rechazo*, el Otro primordial cubrió todas sus necesidades sin responder desde la demanda de amor, el cual busca mediante el rechazo; mandando mensajes silenciosos desde su cuerpo para conseguir el signo de amor que no consiguen darle. Sin embargo, en la drástica restricción de alimentos, el organismo y el estado del cuerpo se encuentra al límite de la muerte. En esta etapa, según Cosenza (2013) la angustia de los padres hace que el síntoma se intensifique, debido a que su respuesta no va dirigida al signo de amor; al deseo del Otro, sino al mandato social de anomalía corporal, donde el sujeto con anorexia sigue siendo un objeto de mercadería en la sociedad de consumo. Los padres intervienen medicamente desde su esquema corporal y como una maquina en mal funcionamiento. El rechazo de la comida desde el sujeto con anorexia con un discurso psicótico va dar cuenta de un delirio de

envenenamiento, de la paranoia o que el elemento comida es amenazador, es un objeto “contaminado”, donde los padres están implicados.

De este modo, en la clínica con sujetos anoréxicos es necesario entender la metáfora del mensaje, el analista, en la transferencia debe posicionarse como semblante de “a”, capaz de reconocer en el rechazo la demanda inconsciente, ya que estas estarán dirigidas desde la transferencia negativa, los acting out y las ausencias (Cosenza, 2013). Del mismo modo, es preciso promover la responsabilidad subjetiva, ya que, en el síntoma y la queja hay una satisfacción paradójica que se ignora y se podrá descubrir mediante el proceso de cura. Fuentes (2016) menciona la *–rectificación subjetiva–*, término de Lacan, en el cual el sujeto acepta su implicación con el síntoma y a partir de ahí el análisis comienza, donde es necesario que el sujeto se haga cargo de lo que se queja.

En “Clínica con adolescentes”, Stella Firpo (2000) postula dos éticas en comparación: la ética utilitarista como la búsqueda de las soluciones y la felicidad a gran escala, donde todas las personas están completas, donde se debe “hacer lo correcto” para alcanzar la felicidad y como contraparte de la “ética del psicoanálisis” cuyo discurso se enfocará en la subjetividad creada a partir de la cultura. De esta manera, cuando un sujeto con anorexia que ha pasado antes por el “intercambio acallado” es decir, que en su tratamiento, solo se le ha preguntado acerca de la comida; ¿cuánto come?, ¿cada cuánto come?, ¿qué come?, etc., reforzaron el sistema de realimentación sin tener acceso a la palabra del sujeto; ¿qué quiere?, en el cual, se reemplaza el cuerpo metabólico por el deseo. Ha pasado por un espacio sin escucha y sin dar lugar al sujeto. Dichos espacios son muy comunes, debido a que los tratamientos comportamentales tienen la cualidad de insistir en lo orgánico generando mayor resistencia a la necesidad, mientras tanto el psicoanálisis comprende las nuevas formas de subjetividad que están enmarcadas por una cultura que brinda soluciones sencillas e inmediatas.

Bernard Vandermersch (2013) en la conferencia “¿Es eficaz el psicoanálisis?”, menciona que: “la eficacia del psicoanálisis empieza por aquella desconexión del significante y del significado operada por la escucha analítica” (p. 651). Es decir, el sujeto está representado por varios significantes ya que ningún significante expresa lo que es un sujeto. De esta manera, el lenguaje, como medio de comunicación, tiene

algunos defectos ya que un significante nos remitirá a otro significante. El significante no es un signo. Es así que, la revelación del sentido del síntoma tiene dos momentos para ser eficaz. El primero consiste en que el analista pueda leer algo del síntoma, debido a la cadena de significante, la interpretación será un enigma a partir del discurso será un equívoco a partir de la letra y en el segundo, consiste en que el sujeto esté listo para oírlo, ya que el síntoma está ligado a un deseo reprimido, del cual se obtiene ganancia secundaria.

El psicoanálisis con la ética del deseo no permite participar a los sujetos de manera objetual dentro de la cultura capitalista. Cuando un sujeto llega a análisis debe reconocer que tiene un padecer que lo aqueja y debe cuestionarse a sí mismo. Es de esta manera que, el análisis no debe sugestionar o aconsejar al analizante porque no dará la solución o una cura, sino lo condicionará a no hacer uso del síntoma (Vandermersch, 2013).

### 3.1 La falta

*“El hambriento es un ser que busca”*  
(Nothomb 2006)

La escritora Amélie Nothomb (2006) en su libro autobiográfico “La biografía del hambre” detalla su experiencia con anorexia por dos años, en el cual realiza un recorrido apolítico del apetito, donde el hambre es el relato principal de su vida a través de estos años. La autora manifiesta tener un deseo que jamás fue colmado que divaga entre su relato de: amor, odio, lucidez, dolor y éxtasis.

-¿Por qué no tienen hambre? – les pregunté

Legítimamente, los súbditos de Vanuatu habrían podido molestarse por tener que justificarse sobre semejante cuestión. Ése no fue el caso. El que parecía ser el portavoz debió de considerar que mi pregunta era de recibo: lentamente, como un hombre que tiene el estómago demasiado lleno y que no está acostumbrado a hacer esfuerzos, habló:

-En Vanuatu hay comida por todas partes. Nunca hemos tenido que producirla. Extiendes las manos y en una te cae un coco y en la otra un racimo de plátanos. Te metes en el mar para refrescarte y no puedes evitar recoger espléndidos caracoles, erizos, cangrejos y pescados de refinada carne. Si paseas un poco por el bosque, donde hay demasiados pájaros, te sientes obligado a hacerles el favor de llevarte de sus nidos los excedentes de huevos, ya a veces de romperle el gajate a alguna de esas aves que ni siquiera intentan

huir. Las hembras facoqueras tienen demasiada leche, ya que ellas también están sobrealimentadas, y nos suplican que las ordeñemos para librarse de ella: emiten gritos estridentes que sólo cesan si accedes a su petición.

Se calló. Después de un silencio, añadió:

-Es terrible

(Nothomb, 2006, pp. s.p)

A partir de la cita, la autora señala la no existencia del apetito en esta comunidad, apetito que ha ido desapareciendo con el tiempo, debido a que allí, se come por complacer a la madre naturaleza, quien es la que le ofrece excesivo alimento diariamente sin que los habitantes realicen algún esfuerzo. Los habitantes se mostraban de forma amable, pacientes y sin agresividad, no obstante, dicha pasividad se interpretaba como una falta en la búsqueda de sentido de la vida. De esta manera, se entiende que el hambre y la falta de alimento son factores que influyen en la evolución de los hombres, al no tener una fuente de alimento estable, se han inventado herramientas que han permitido conseguir el sustento alimenticio apropiado para no morir.

El hambre, como motor para una búsqueda constante, pero ¿Si se encuentra saciado?, ¿existe hambre de otra cosa que no sea comida?, Nothomb (2006) argumenta: “por hambre yo entiendo esa falta espantosa de todo el ser, ese vacío atroz, esa aspiración no tanto utópica plenitud como a la simple realidad: allí donde no hay nada, imploro que exista algo” (s.p). Es así que, se puede decir que el hambre es símbolo de deseo, el hambre conduce a la falta. No solamente existe hambre de comida, hay hambre de amor, hambre de un abrazo, hambre de sentirse sujeto. Es decir que, la falta del sujeto con anorexia es falta de don de amor. Recibir algo del Otro: no algo que se tiene como la comida, es recibir la falta, es sentirse necesario para el Otro. El Otro del sujeto con anorexia es un Otro pleno, lleno, sin falta; es así que, el sujeto con anorexia se encuentra saciado pero con hambre.

-Tengo hambre –le decía a mi madre rechazando sus ofrendas  
engañabobos

-No, no tienes hambre. Si tuvieras hambre te comerías lo que te doy –la  
oí decir miles de veces

-¡Tengo hambre! –protestaba yo.

-Es una buena enfermedad –concluía ella invariablemente.

(Nothomb, 2006, s.p)

“La enfermedad” (en francés: la maladie), desde su parte etimológica como lo comenta dicha autora, quiere decir “*dificultad para decir*” (*mal á dire*). Aquel que está enfermo, es debido a que su cuerpo habla en forma de la enfermedad; ya que el sujeto no puede hablar, no puede expresar; no obstante, si el sujeto consiguiera decir, consiguiera expresar el sufrimiento, él cesaría. En argumentación a dicha postura, Recalcati (2011) menciona: “en la anamnesis clínica de nuestras pacientes la aparición de la enfermedad coincide con la aplicación más o menos drástica de medidas para la restricción alimentaria, para radicalizarse después eventualmente en una anorexia restrictiva propiamente dicha” (p. 35).

Amélie Nothomb señala en su libro el padecimiento que ella pasó al ingerir alimentos que no eran de su agrado y el rechazo que recibía por comer cosas dulces, las cuales la apasionaban. A lo largo de su texto ella atraviesa por una metamorfosis, la autora exterioriza en varias ocasiones su alto intelecto y como las cosas banales y superficiales no la acomplejaban en su corta edad. Aunque, siendo muy pequeña descubrió que las personas deben “ganarse el amor” de alguien, se lo dijo su madre, acotando que debía seducir a las personas, incluyendo a ella. A los 13 años, comienza su cambio físico, con el cual, ella empieza a privarse de la comida para poder perder cada curva prominente que estaba saliendo de poco en poco. Las ideas de odio hacia ella, acompañadas de dolor, ya que no se sentía a gusto con el cuerpo que la encarcelaba, se enmascaraban con literatura y palabras vacías. Con el paso del tiempo llegó al éxtasis del vacío, ahora “tenía hambre de tener hambre”. Mirarse al espejo y ver un esqueleto era totalmente gratificante. Hasta que una noche, en sus 15 años, su cuerpo estaba muriendo, su cabeza rechazó la muerte, se levantó de la cama, se dirigió a la cocina y comió, entre lágrimas ya que en esos dos años la anorexia había construido una serie de pensamientos y dolores físicos (2006).

En la “biografía del hambre” la autora y protagonista de esta historia atraviesa por cambios a lo largo de su corta vida, como se lo menciona, en su adolescencia comienza con la abstinencia de comida, con anorexia. Por su parte, Jacques-Alain Miller (2006) en su apartado “Acontecimientos del cuerpo”, refiere que el cuerpo es un almacenamiento de acontecimientos que dejaron huellas en él. Dichas huellas más

adelante se convertirán en síntoma y lo perturbará. El sujeto tiene un cuerpo con el cual habla mediante los significantes. El significante es la articulación de la significación de otro significante que falta, no es un signo que define la presencia del ser, más bien es la falta en ser. La huella de afecto que quedó guardada remite a un acontecimiento anterior, en el que ahora se ve reflejado en el cuerpo: “el síntoma mismo concebido como metáfora toma sus elementos corporales como significantes” (p. 379). Es así, el síntoma en primera instancia es imaginario, debido a que: “para creer tener un síntoma, como algo que no anda bien, hay que tener una idea de cómo debería andar, esto es una representación ideal” (p.19). Posteriormente en análisis, el síntoma real pasa a ser simbolizado. El síntoma es un significante, es un modo de gozar del sujeto. Se puede dar cuenta en el relato de Amélie (2006): “Tenía hambre de Nishio-san, de mi hermana y de mi madre: necesitaba que me tomaran en brazos, que me abrazaran con fuerza, tenía hambre de sus ojos posados sobre mi” (s.p). La autora vivió varios acontecimientos de angustia los cuales se quedaron como huellas de afecto en su cuerpo. De esta manera, el trauma apareció manteniendo un desequilibrio en el cuerpo y la psique. Un afecto que marcó como lenguaje al cuerpo.

De esta manera, tenemos en cuenta que, el sintoma es el retorno de lo reprimido que vuelve ordenando simbólicamente. Lacan menciona que el síntoma es “el significante de un significante reprimido” (Recalcati, 2011, p. 175), e introduce en el Seminario XI el concepto *holofrase*, con el fin de señalar la existencia de una clínica con primacia de la metáfora. La *holofrase* no representa nada, es “el fracaso de la acción significantizante de la metáfora” (Recalcati, 2011, p. 176), es la inmovilización de la palabra. El S1-S2 se hacen uno y no permite la metaforización, reduce al sujeto a la identificación absoluta; es decir, queda alineado con el Otro, son uno y no metonimiza el significante, queda anclado en un solo punto. Esto se presenta en el fenómeno pisco-somático, el cual no es efecto del lenguaje, no es simbolizado, se encuentra en lo real del cuerpo. El sentido del fenómeno psicossomático no está metaforizado, se presenta en el cuerpo; la amenorrea en la anorexia. Es así que, en el discurso holofrascico de la anorexia, se deposita en el Ideal, excluye lo real de la pulsión para presentar una imagen –llena-. De esta manera, suple la función paterna, desde el ideal narcisista. La falta del sujeto con anorexia será ahora la falta de alimento y el deseo del Otro lo encontrará en el goce social que se lo consigue fácilmente en el mercado (Recalcati, 2011).

En “Mi cuerpo y sus imágenes”, Nasio (2008) manifiesta que “lo que se expulsa de lo simbólico reaparece violentamente en lo real” (p. 59), estas apariciones son desde los sentidos; visual, auditiva, olfativa o táctil. Es decir, el yo rechaza inconscientemente una representación que le resulta incompatible y esta aparece de forma alucinatoria en el cuerpo. Es de esta manera que, la alucinación que experimentan los sujetos anoréxicos, es la percepción de una imagen perturbada en la simbolización, es una idea intolerable que se rechaza, se transforma en la alucinación visual (verse gorda) hasta táctil (sentir exceso de grasa). La característica principal es la forclusión de la feminidad, lo que se intenta es borrar cada rastro de ella. Para esto, el sujeto con anorexia se siente orgulloso de controlar su peso y con ellos poder controlar su cuerpo y achatar sus formas. Es una victoria, es el goce que experimenta el sujeto con anorexia que hace que no tengan interés en la terapia y cuando acuden a ella es por los padres que se encuentran preocupados.

Recalcati (2003) menciona que: “La clínica de la anorexia es una clínica de la metamorfosis del cuerpo” (p. 53), el cuerpo del sujeto con anorexia tiene una ruptura con su imagen narcisista, el cuerpo gordo o con formas no representa al sujeto. El cuerpo que ve el sujeto con anorexia es un cuerpo malo. De esta manera, adelgazar; verse en el espejo y ver sus huesos es el único modo en el que el sujeto con anorexia puede recuperar su propio cuerpo. Estas representaciones son las más importantes ya que son el punto más íntimo del sujeto; el hueso es lo que no se fragmenta está ahí constantemente dando estructura, es aquí donde el sujeto se reencuentra con la imagen de su cuerpo; el hueso no debe aparecer debajo de la piel más bien este debe sobrepasarla para que se pueda observar su forma.

La anorexia se enfrenta a un dominio del Ideal. De esta manera, la anorexia no es un síntoma para el sujeto es un “modo” de vida, basado en la identificación idealizante. Es así que, cuando un sujeto con anorexia acude a un centro de tratamiento o a análisis, es un sujeto que ha perdido su función narcisista en relación con dicha identificación. El lugar del ideal varía en función a la época en la que el sujeto se desenvuelve. De esta manera, el cuerpo se vuelve signo e insignia de esa cultura. El ideal del yo es el reconocimiento que hace el sujeto de sí mismo, utiliza un significante cultural para reemplazar el significante que le hace falta (Recalcati, 2003).

El texto “Historias de chicos con Ana y Mia” del autor Edén Gonzáles (s.f), hace una recopilación de la página web llamada “Ana y Mia”<sup>6</sup>, dicho sitio web fue creado para que varias “princesas”, como se denominan, escriban su historia y vivencias sobre este estilo de vida que llevan; ser delgadas.

*Historia / testimonio I: “Hambre de un padre”*

De niña tuve una infancia bastante difícil ya que mi madre siempre era muy sobreprotectora y emocionalmente difícil, siempre me crio como si yo fuera un cristal, me cuidaba mucho y claro yo la entendía porque no sabía que de alguna manera me dañaba. Si de niña se me ocurría caminar por la casa sin zapatos me decía que me llenaría de microbios —me golpeaba a veces— y rápidamente me lavaba los pies y me echaba alcohol, recuerdo que una vez estábamos en un restaurant de comidas rápidas, ahí había una especie de piscina llena de pelotas donde todos los niños entraban sin zapatos a jugar, yo tenía 5 años y créeme que moría por entrar, le dije a mamá, que quería jugar, ella me dijo que ¡No! Porque me podían contagiar algún hongo o algo. Recuerdo bien ese día me sentí muy mal, desilusionada, me dije a mí misma, si eso era un castigo tal vez de algo, pero bueno la cosa es que mi infancia fue muy complicada, mi madre perdía la paciencia conmigo muy rápidamente y yo la comprendo de alguna manera porque mi padre estaba desahuciado, eso le estaría afectando obviamente. Mi padre murió cuando yo tenía 6 años. Siempre fui una chica delgada, decían enfermiza, no sé si realmente enfermiza o sin querer mi madre me había enfermado — me pasaré hasta cuando era adolescente —, digamos tenía 14 años y siempre todos me decían que tenía lindo cuerpo, que tenía sobre todo buen trasero y piernas, eso a mí me acomplejaba a esa edad. Yo medía 1.57 cm y mi peso era 50 kilos, me fui acomplejando a mí misma hasta que empecé a tirar la comida o se la tiraba al perro, así estuve por años — ¿Baje de peso? — Sí, lo bajé pero no mucho, a 48kg hasta ahí estaba bien, jamás pude ser *Mia* porque no podía vomitar, siempre era *Ana*, pero sólo por épocas. Cuando estaba contenta me olvidaba de *Ana* y comía normalmente —disfrutándolo al momento— pero siempre al final con un poco de culpa, ahí era lo grave.

Bueno, conclusión: Ahora tengo casi 24 años, mido 1.63cm, mi peso de esta mañana es 41 kilos, es mi 5to día de ayuno a base de sólo agua ¿Hasta dónde quiero llegar? No lo sé, deseo pesar 38 Kg y ahí pararé, leyendo tu blog me doy cuenta de que estoy muriéndome, no sé, me he vuelto una persona amargada, depresiva, lloro todos los días, dependiente, insegura, bipolar, etc. Disculpa si te escribí mucho, pero me encanta tu blog y me diste confianza para escribirte, te felicito.

(Gonzáles, s.f, p. 39)

El cuerpo de un sujeto con anorexia no es un cuerpo que se deja fecundar por el

---

<sup>6</sup> Ana: Anorexia  
Mia: Bulimia

símbolo, en el cual se pueda conocer una verdad. Muchos sujetos con anorexia manifiestan que el problema de ellos es tener Hambre... si no tuvieran una boca por la cual deben alimentarse, todo iría bien. El cuerpo que se encuentra en la clínica de sujetos con anorexia, no es un cuerpo como el de la histeria; el cuerpo histérico habla, éste está estructurado como un lenguaje, es un cuerpo que demanda ser descifrado. Mientras que, el cuerpo anoréxico carece de lo simbólico, es un cuerpo que muere. En el relato que se citó anteriormente, se da a notar un goce autista donde el Otro queda separado. Recalcati (2011) manifiesta en torno a la dirección de la cura que, se debe estructurar un ambiente agradable, capaz de procurar estabilidad. Debido a que, el Otro materno no ha podido ofrecerle el sostén necesario al sujeto, el analista brinda un espacio de acogida para que se pueda promover las intervenciones.

*Historia / testimonio 2: “Las clínicas no son castillos para las princesas”*

Mi mamá había pedido permisos para faltar al trabajo sólo para estar conmigo y cuidarme, faltó como 2 semanas. Me llevaba 3 veces a la semana a la Psiquiatra. Y de eso mismo surgió otro problema, la Psiquiatra era muy cara.

Mi mamá discutía con la Psiquiatra cada vez que se veían, por todas las veces que yo tenía que ir y cada vez que yo hacía algo mal, alguna crisis de llanto o algo así, me sacaba en cara el alto precio que tuvo que pagar con la clínica y el dinero que estaba pagando con la psiquiatra y hacerme sentir culpable. Yo todavía no me sentía recuperada, como para que me dieran de alta, aun así, por no hacer gastar más dinero a mis padres, me esforcé en fingir estar bien todo el tiempo y en poco tiempo me sacaron de la Psiquiatra. Me hacían ir 2 veces a la semana a una Psicóloga sólo a mentir, a decir que todo estaba “*So fantastic*”, aunque en realidad no lo estuviera, para salir lo antes posible y no hacerle problemas a mi mamá. Le pregunté a la psicóloga qué pasaba si yo me rehusaba a subir de peso, me dijo que si me resistía me tendrían que internar de nuevo. Así como si nada, para ella resultaba tan sencillo decir: “*sube de peso o te vas a la clínica*”.

A mí solo con escuchar esas frases me daban escalofríos y una angustia que no se quitaba con nada.

(González, s.f, p. 56)

Es importante mencionar que, el sujeto con anorexia no hace síntoma para el sujeto, el mensaje va dirigido al Otro; la identificación con otros con la misma sintomatología, con el dominio Ideal y al discurso familiar. En la clínica el “*síntoma*” y la “*demanda*” juegan un papel importante, ya que “*el que demanda algo no es el que padece del síntoma*” (Recalcati, 2011, p. 188). Es decir, el que demanda no tiene el síntoma: padres,

abuelos, hermanos, figuras de cuidado, etc. Dicha demanda va dirigida en torno a la normalización del apetito; en cambio, el sujeto con anorexia no quiere una cura, su cura es la privación de la comida, es una cura autoinducida. En primera instancia en la cura hay que direccionar una demanda subjetiva del sujeto con anorexia, sin que tenga que intervenir la voluntad del Otro (Recalcati, 2011). Es rectificar la posición subjetiva, es singularizar al sujeto de una falsa universalidad

*Sobre la demanda:* el sujeto con anorexia se encuentra en el discurso familiar como objeto de goce del Otro. Pero, ¿Cómo actuar con una demanda que no existe?, Recalcati (2011) manifiesta que, el primer objetivo dentro del tratamiento preliminar es dar vuelta al imaginario de la demanda del sujeto frente al analista. Es decir, los sujetos con anorexia se dirigen al terapeuta como otro del saber; saber sobre los trastornos alimentarios, saber sobre el apetito, saber sobre la nutrición, etc., piensan que se toma la noción de un tratamiento basado en la perturbación del alimento; mas no, en la implicación que el sujeto tiene mediante el discurso de su subjetividad.

### **3.2 Castración del Otro**

En la adolescencia, se pregunta y se modifica el saber de los padres, mientras que el consumo masivo de objetos que crean una ilusión de satisfacción momentánea los envuelve en su discurso. Los adolescentes se ponen al servicio de la sociedad que no promete más que ideales. El adolescente está en depresión, es un discurso recurrente en el cual se queja de su “ser”: ¡no se quien soy!, ¿qué hago aquí?, ¡soy nulo!, ¡no valgo nada!, ¡no sé que pensar!, ¡no sé que decir! etc., mientras, a la par, los padres, profesores o autoridades piden que tengan una voz con la cual puedan expresar sus gustos. A partir de Lacan se puede expresar que, la adolescencia es una crisis de “metamorfosis libidinal” (Lerude, 2013, p. 563); es decir que, hay un antes y un después. En primer lugar, el cambio fisiológico, hormonal y anatómico contribuye a la construcción de un cuerpo nuevo para el adolescente, un nuevo cuerpo que es totalmente ajeno a él, que se impone ante él. Es un cuerpo sexuado, un cuerpo real, del cual, el adolescente deberá apropiarse de la imagen nueva del cuerpo. A partir de aquí, el adolescente va a tener que adquirir nuevas identificaciones dejando de lado las identificaciones de la infancia. La confrontación con un cuerpo sexuado va a cuestionar al Otro, la relación del goce y la relación hombre-mujer, es por dichos cambios que el adolescente responde desde una postura *depresiva*, la cual es estructurante. Cada

adolescente responderá de manera diferente, algunos hará una crisis, mientras otros, encontrarán soluciones para responder al *impasse*. Martine Lerude (2013), sitúa a la adolescencia como un “*impasse subjetivo*” en el cual se presentan, *inversiones subjetivas* de acuerdo a la relación de cambios con el Otro (p.p. 564-565).

La adolescencia es un tiempo de crisis y de construcción que pone a prueba al sujeto. El Otro se presenta en el adolescente como semblante, puede ser el otro sexo o el cuerpo, un cuerpo que va a tener que subjetivarlo; es decir, va a tener que subjetivar su posición sexuada, hombre-mujer. Sin embargo, para poder entender la crisis de la adolescencia y su construcción es necesario especificar el tiempo y el lugar en la que se desenvuelve. Ya que la sociedad y sus historias son diferentes a lo largo del tiempo, se modifican de acuerdo a los acontecimientos de la época. De acuerdo con lo dicho, se espera de los adolescentes diferentes reacciones al *impasse subjetivo*. El adolescente se encuentra en duelo: duelo de la infancia, duelo de los padres, duelo del cuerpo (Lerude, 2013).

Según Arminda Aberastury (2010) la aceptación de la pubertad es a partir de la elaboración del duelo. Sin embargo, en el proceso surgen defensas para negar el crecimiento y la pérdida de la infancia. Dicho duelo se caracteriza por modificaciones corporales, las cuales llevarán al adolescente a estructurarse de acuerdo a su nuevo cuerpo, en la búsqueda de su identidad y llevando a cabo nuevos roles. Los adolescentes se presentan como varios personajes, debido a dichas fluctuaciones de la identidad, se pueden presentar cambios bruscos en sus gustos: vestimenta, música, amigos, alimentación, etc.

En “Jornadas de trabajo sobre la cuestión de la adolescencia” Martine Lerude (2013) argumenta que el Otro, tesoro de los significantes, es el nombre a una tercera instancia, por la cual, el sujeto va a obtener sus identificaciones sexuadas. Al comienzo de la historia de cada sujeto y también en su adolescencia, el Otro se encuentra encarnado por los padres y posteriormente por figuras de autoridad en tanto familia, escolaridad o desde lo social. Sin embargo, existen tres categorías lacanianas para el Otro: Real, Simbólico e Imaginario. En primer lugar, el Otro real, los padres quienes han dotado al niño del lenguaje, lo han cuidado y han respondido a las necesidades y demandas, son los primeros en inscribir los significantes que determinarán al niño como un sujeto hablante, le han enseñado sus primeras palabras. El segundo, el Otro simbólico, en el cual, el deseo de los padres han traído a un hijo al mundo, lo han

dotado de historias. Y en tercer lugar, el Otro imaginario conformado por los ideales de los padres. A partir de estas tres instancias del Otro, los padres ya no pueden tomar el lugar del Otro como lo hacían en su infancia. El lugar del Otro queda vaciado y comienza una búsqueda sin condiciones, busca la verdad absoluta; es decir, un amo, el Otro que no está castrado, lo cual se lo representa en la modernidad con los ideales de belleza y de consumismo. Que el Otro esté vacío, quiere decir que se encuentra sin una respuesta, a partir del Otro vacío el adolescente realiza una *destitución subjetiva*; es decir, mediante nuevos significantes apoyados en su deseo, el adolescente puede establecer una nueva relación con el Otro.

La autora argumenta que, en el proceso de subjetivación:

el sujeto adolescente debe apoyarse en la diferencia, en la alteridad, y debe hacer la prueba de la lengua que no habla, del sexo que no tiene, del goce que no es el propio, del saber que ignora, debe pasar por la prueba de la alteridad (Lerude, 2013, p. 584).

Es decir, la adolescencia es el paso de un Otro privado - exclusivo, a Otro abierto - libre para la creación de nuevas dimensiones en común con otros. Es el paso de Otro encarnado a Otro barrado, donde no hay totalidad. Lerude (2013) señala que, cuando se habla de la castración del Otro o como Lacan lo escribe A tachada, son formulaciones de lo no-sentido, de lo desconocido que abren paso a nuevas cadenas de significantes, a las metáforas y a las metonimias. Es decir, se inscribe al sujeto en una nueva posición subjetiva a partir de la alteridad y la transición del impasse.

Asimismo, el proceso de subjetivación en la adolescencia en relación con su cuerpo, Martine Lerude (2013) manifiesta que, el cuerpo es un significante con el cual el adolescente se va a expresar aunque le cause temor. La autora postula, en primer lugar al cuerpo como Real, el adolescente tiene un cuerpo que lo asusta, lo sorprende, lo inquieta por su apariencia, por sus nuevas modalidades de goce y por la mirada y deseo de otro.

Su cuerpo se ha convertido en un objeto de seducción, pero también en un objeto de asco y de inquietud. Desde allí el cuerpo surge como un extraño, surge como la presencia de un cuerpo animal, obsceno, que molesta, difícil de controlar (Lerude, 2013, p. 592).

Las manifestaciones corporales, cambios físicos y sexuales que los adolescentes no pueden controlar se presentan de manera persecutoria en la cual, la percepción de la

imagen corporal que tienen no es igual a la imagen ideal. De esta manera, los adolescentes comienzan a ejercer cambios en su aspecto físico: ejercicio excesivo, demandas de cirugía estética, etc. Es así que, los adolescentes intentan intervenir su cuerpo de diferentes maneras para hacerlo menos extraño. Es a partir de lo imaginario que el real del cuerpo se va a organizar. El cual se encuentra regulado por la palabra y por el Otro. El cuerpo real e imaginario se mantiene unidos como objeto de mirada, ¿Qué enseño?, ¿Qué ven de mí?, ¿Qué quiero que vean? y de la misma manera, se encuentra inscrito simbólicamente en el discurso del Otro (Lerude, 2013).

Por otro lado, haciendo un recorrido por Mónica Torres (2005) en la clínica. La autora menciona que, la metáfora paterna es una manera de anudamiento, de varias maneras, entre lo imaginario, lo simbólico y lo real. Menciona en la primera clínica el Nombre-del-Padre, y en la segunda surge la noción de “suplencia”. De esta manera, el Nombre-del-Padre se desarrolla netamente en el campo del Otro; la implementación de la metáfora paterna y la identificación fálica van a dar cuenta de cómo fue la relación con el Nombre-del-Padre y el Deseo de la madre de este niño, la significación fálica que tiene implicación tanto en lo simbólico como en lo imaginario. El desarrollo de dicho proceso es a lo largo del complejo de Edipo desde Lacan. Dicho proceso estructuralista sirve de guía para la clínica, no obstante hay que tener en cuenta el caso por caso, un sujeto puede ser ejemplo de alguna estructura psíquica pero, del mismo modo tiene diferencias hacia dicha estructura. Es decir, para entender la subjetividad de cada sujeto es esencial trabajar la universalidad.

Asimismo, las formaciones del inconsciente en el neurótico: síntoma, sueño, lapsus, actos fallidos, son un retorno de lo reprimido que va a dar cuenta que la castración fue simbolizada, la instauración de la metáfora paterna; mientras en la psicosis, tienen fallo en lo simbólico, lo que ha sido forcluído retornará en lo real. Es a partir del Nombre-del-Padre que en el psicoanálisis existe una clasificación sin dejar de lado que cada sujeto hablante no es igual, cada uno tiene su subjetividad y su modo de afrontamiento. La autora menciona a Lacan con su postulado: “*no hay relación sexual*”, es un agujero que se presenta en el Otro, no hay una unanimidad en lo que sucede en cada sujeto. De esta manera, el síntoma será diferente en cada sujeto manteniendo la estructura, es la representación de aquello que no puede interpretarse pero no puede dejar de ser interpretado. Es decir, son semblantes o equívocos por los cuales tenemos acceso al lenguaje y así a la interpretación. El código del Otro da cuenta de lo que queremos decir

no es lo mismo que decimos, ya que éste está atravesado por el lenguaje. Se trata de la significación del sujeto mediante la palabra del Otro sobre él. Siendo el Otro, tesoro de los significantes, quien dota de palabras, se espera una palabra que demande amor (Torres, 2005).

En la demanda y el deseo hay un desencuentro, implica incompatibilidad entre la palabra y el deseo: “lo que aparentemente nos quiere decir un sujeto que viene a vernos para un análisis, no es exactamente lo que desea porque lo que dice, en general, es demanda y el deseo es aquello que le falta a la demanda” (Torres, 2005, p. 59). Es decir, lo que caracteriza al Otro barrado (castrado) es el deseo, el Otro sin barrar es el Otro de la demanda.

Recalcati (2003) manifiesta que el afecto depresivo de un sujeto está ligado a la relación que tiene con el Otro. El sujeto desconoce la castración del Otro, la oculta, prefiere mantenerlo en el Ideal cumpliendo todas sus expectativas y elige sentirse preso de los medios de comunicación, cultura moralista, estándares, etc. Es así que, el sujeto con anorexia se identifica con el falo del Otro con el fin de no reconocer su falta. En la anorexia el sujeto se convierte en ser-el-falo del Otro, niega la castración mediante el dominio del ideal del cuerpo delgado. En primer momento, el ideal ejerce en lo real de la pulsión, después la pulsión será la que someta al ideal. El sujeto con discurso histérico, busca que el Otro lo eche de menos, intenta llamar el deseo del Otro, por otro lado el sujeto con discurso psicótico entra en el campo del Otro desde lo real, ya que lo simbólico se encuentra forcluído, el sujeto se muestra como un cadáver en posición de objeto de goce del Otro. El Otro se presenta completo, perfecto, entero e impasible, sin deseo; de este modo: “el sujeto utiliza la anorexia para contrarrestar la acción mortificante del significante sobre el sujeto” (p. 43).

Según Lerude (2013) al castrar al Otro e implementar nuevas cadenas significantes se inscribe el sujeto desde la *soledad subjetiva*, ya que queda desprovisto de identificaciones. El adolescente busca ubicarse en un nuevo rol, ya sea con un par o en un grupo. De esta manera, el adolescente se defiende de la alteridad: del ser y no ser. El grupo conformado por adolescentes que cumplen con los mismos rasgos puede poner de lado la diferenciación sexual. Y de la misma manera, se crea un nuevo lenguaje con el cual solo sus miembros logran comunicarse, sus neologismos o metáforas hacen del grupo algo único con lo cual es posible la identificación. En este caso, la anorexia

brinda al sujeto un nombre y un reconocimiento simbólico. A partir de los grupos monosintomáticos, el sujeto puede adquirir un rol y de esta manera enganchar una demanda. Al unirse a los grupos se reconocen como “Anoréxicas”, dicho reconocimiento, Recalcati (2011) menciona que, es una maniobra puente: “que hace posible la transformación de una demanda inespecífica de ayuda o de reconocimiento, en una demanda de cura” (p. 164).

El texto “lo homogéneo y su reverso. Clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia en el pequeño grupo monosintomático”, de Massimo Recalcati (2007), aporta sustancialmente al trabajo clínico con un grupo homogéneo y monosintomático: la homogeneidad se refiere al vínculo entre sujetos con un mismo síntoma, el grupo tiene una base imaginaria; por otro lado, la monosintomaticidad es hacer de un síntoma un signo identificatorio que reagrupa sujetos, se unen por su rasgo de semejantes. El autor menciona que dicha identificación homogénea del grupo (objeto-comida) incentiva a los sujetos a reagruparse y a realizar actividades que los lleve a la muerte, debido al uso colectivo de alguna sustancia, tendencia social, herramienta multimedia, etc, va encaminado a la destrucción del goce restrictivo, donde existe un límite normativo de goce que aparece en la castración; es decir, ser miembro de un grupo homogéneo implica prácticas de goce pulsional sostenida en una identificación colectiva que deroga la subjetividad de cada miembro.

El autor refiere que la clínica de la monosintomaticidad aparece en los años ochenta-noventa, en Italia. La agrupación de los sujetos da lugar al estatuto del síntoma como: “el síntoma no es tomado aquí en su versión metafórica de significante de un significado reprimido, ni en su versión libidinal de lugar del goce del sujeto, sino como la realización de una identificación que permite la constitución de nuevas comunidades neo-segregativas” (Recalcati, 2007, p. 68). El síntoma pasa de ser algo netamente subjetivo, a formar parte de una comunidad con definidas características en común.

De esta manera, los síntomas contemporáneos son síntomas que no manifiestan el inconsciente, son síntomas que sustraen al sujeto, privándolo de su subjetividad, llevándolo a la identificación imaginaria con un grupo en particular: “monosintomático”; el cuerpo delgado en la anorexia. Es así, que el síntoma ya no se localiza en un deseo inconsciente sino como una homogeneidad social con un ideal de belleza. En estos grupos no hay una subjetivación, todos los miembros piensan lo

mismo y siguen las normas establecidas. La monosintomaticidad pretende colmar al Ideal edípico, la ley que debe sostener al sujeto se encuentra en la identificación que segrega la relación con el Otro; el Ideal anoréxico del cuerpo delgado: “*las diferentes «monosintomaticidad» que caracterizan nuestra época clínica como una especie de respuesta social a la inconsistencia del Otro*” (Recalcati, 2007, p. 71). Es decir, pertenecer a un grupo monosintomático significa conseguir, mediante la identificación, una identidad particular.

El autor menciona este fenómeno como “desabonamiento del inconsciente”, al formar parte de dichos grupos, la permeabilidad es nula y se encuentran defensivos a lo que les puede parecer diferente: “la identificación a la masa que estructura el vínculo socialista defiende al sujeto y al grupo mismo en la explosión a lo inédito, mantiene al sujeto del deseo enyesado en la preservación de lo idéntico” (Recalcati, 2007, pp. 158-159). Dicho grupo monosintomático, se efectúa como una familia sin Padre, lo que vendría a representar la Ley simbólica; todo lo que tenga que ver con la ley es expulsado al mismo tiempo que la subjetividad de cada miembro; lo que caracteriza el grupo es la ausencia de todo pensamiento subjetivo (Recalcati, 2007).

Pues bien, como se lo ha mencionado, la monosintomaticidad es la transcripción colectiva del “yo fuerte”, donde reafirman su unión fuerte, de su poder identificatorio. Massimo Recalcati (2007) menciona:

El primero: el centro del síntoma analítico está constituido por la manifestación del inconsciente en cuanto discurso del Otro. El segundo: no existe síntoma analítico que no implique como tal una llamada al Otro, es decir, su apertura transferencial sobre el Otro, su articulación en la cadena significante (Recalcati, 2007, p. 73).

En contra parte, con dichos grupos, se encuentra una oposición a los vínculos transferenciales con el Otro y el síntoma es una construcción identificatoria, más no una manifestación del inconsciente, donde se pueda simbolizar lo que ha sido reprimido.

La periodista Laura Albor (2014) en su artículo “Tras los pasos de Ana y Mía: las webs que fomentan la anorexia son legales en España”, para el periódico en eldiario.es, desarrolla el impacto que ha tenido este grupo monosintomático: “Se denominan webs 'Pro-Ana' y 'Pro-Mía' y ofrecen consejos, dietas o ejercicios - algunos muy extremos - con los que perder peso rápidamente” (s.p). El espacio en la Web fue

creado para que mujeres y hombres que desean perder peso puedan acceder, de manera sencilla, a dietas o recetas y consejos para adelgazar. Varias de dichas blogueras brindan asesoramiento para conseguir el peso adecuado para convertirte en una “princesa” o “principe”. Están llenas de imágenes subidas por los miembros, de eslogan y de símbolos con los que se sienten identificados. Mediante cada mensaje son animados a utilizar pulseras con las cuales puedan reconocer a otro miembro en la calle: pulseras rojas para Ana y pulseras morada o negras para Mia. Existe un sin número de páginas Web con los nombres “Ana y Mia”, “Pro Ana y Mia”, “Ana y Mia Princesas”, “Aprendiendo a ser Princesa”, “Mis amigas Ana y Mia” (Lista de Blogs Ana y Mia, 2016), entre otros. En ellas se encontraran publicaciones, comentarios y respuestas acerca del modo de vida que las integrantes están llevando. En el grupo funciona por jerarquías, en las cuales, las “Anas” son las que comandan a las “Mias”, en ocasiones se encuentran comentarios despectivos como “obesas asquerosas”. Sin embargo, este trato es aceptado debido a que el ideal es bajar de peso y es mejor si es con la ayuda de una Ana.

En muchos países se ha intentado conseguir una orden del estado para que todas estas páginas quedarán deshabilitadas, sin conseguirlo. Ya que, al eliminar una aparecen cinco páginas más a favor. Algunos expertos han hablado acerca de dichos sitios web, la doctora Lago menciona que: encontrar apoyo en internet, puede ayudar a mantener y a cronificar el trastorno, manteniéndose oculto en muchas ocasiones y postergando su tratamiento" (Albor, 2014, s.p).

### **Extractos tomados de páginas web.**

#### *Los diez mandamientos para adelgazar*

1. Si no estás delgada, no eres atractiva.
2. Estar delgada es más importante que estar sana.
3. Compra la ropa adecuada, córtate el pelo, toma laxantes, muérete de hambre, lo que sea para parecer más delgada.
4. No comerás sin sentirte culpable.
5. No comerás comida que engorde sin castigarte a posteriori.
6. Contarás las calorías y limitarás tus comidas de acuerdo con ellas.
7. Los designios de la báscula son los únicos importantes.
8. Perder peso es bueno. Engordar es malo.
9. Nunca se esta lo suficientemente delgada.
10. Estar delgada y no comer demuestran la auténtica fuerza de voluntad y el nivel de éxito.

(Broke, 2014)

## *Credo de Ana*

- \* Ser Delgado es ser bello por lo tanto debo ser Delgado y permanecer así, si quiero que los demás me amen. La comida es mi enemigo, puedo verla y olerla pero nunca tocarla.
  - \* Debo pensar en comida cada segundo, cada minuto de cada hora en el día... y las formas de evitar comerla
  - \* Debo pesarme, es lo primero que haré cada mañana, y recordar ese número y pensar en ello todo el día, ese número tiene que ser mejor que lo que fue el día de ayer sino es así debo ayunar todo el día.
  - \* No debo permitir ser tentada por el enemigo (comida) y no debo permitir caer en esa tentación , si lo hago y me permito estar en ese estado de debilidad y esa cueva, me voy a sentir culpable y me castigare por haber fallado
  - \* Seré delgada a cualquier precio, es lo más importante para mí , nada más importa
  - \* Me dedicaré solamente a AnA, ella estará conmigo a donde quiera que vaya me mantendrá en línea, nada más importa, ella es la única que me cuida y se preocupa por mí y me entiende, la honrare y la haré sentir orgullosa.
- Amen

(s.a, Ana y Mia, 2013)

De esta manera, Recalcati (2007) señala que el trabajo con este grupo monosintomático se basa en poner en paréntesis al síntoma, deconstruyendo la identificación ilusoria para obtener un «efecto sujeto». Al buscar un efecto terapéutico de un sujeto que viene de un grupo homogéneo es importante basarse en cuatro efectos:

En primer lugar al soporte protésico ofrecido por la «*comunidad imaginaria*», en segundo lugar al trabajo de «*simbolización de lo imaginario*», en tercer lugar a la «*función de sostén simbólico del sujeto*» que el pequeño grupo monosintomático en determinadas circunstancias puede desarrollar, y, finalmente, a la «*función de plus de vida*» que el analista es llamado a encarnar en la cura (Recalcati, 2007, pp. 160-161).

Cumple un efecto de soporte la *comunidad imaginaria*, el sujeto amortigua el sufrimiento del síntoma por la identificación con el grupo. Al identificarse con el grupo, el sujeto se siente aliviado de su angustia. Debido a que es simbolizado de diferente manera, el grupo acoge a los sujetos generando vínculos sociales: “ven al lugar seguro”. Después, en la *simbolización de lo imaginario* se reanima el deseo del sujeto. El trabajo psicoanalítico no busca la rehabilitación de la salud mediante el discurso de la alimentación, apunta a la subjetividad, al inconsciente del sujeto. Sin embargo, se debe tener en cuenta el real pulsional; cómo afrontar la emergencia de lo real de la comida en

el proceso de reinscripción de ésta. Debe haber una simbolización para el síntoma sin ésta se seguirá repitiendo compulsivamente la acción, el goce se encuentra en este accionar haciendo imposible la simbolización: “La clínica monosintomática es efectivamente una clínica del exceso de goce, en el sentido de que es una clínica del pasaje al acto y no de la simbolización” (Recalcati, 2007, p. 163). Es decir, la sustancia se muestra como defensa del pensamiento simbólico. Posteriormente, *la función de sostén simbólico del sujeto*, es la contención de lo ingobernable para el sujeto, el grupo es capaz de apaciguar lo traumático. Por último, el analista debe tener una actitud presente en *la función de plus de vida*; es decir, tener una actitud participativa sobre lo que sucede en el grupo, en las intervenciones (Recalcati, 2007).

En fin, la dirección a la cura con el grupo monosintomático de sujetos con anorexia está guiada por lo familiar y por la ajenidad. Por un lado lo familiar, como concepto acuñado por Freud, donde existe una identificación con los miembros del grupo y una exclusión a los que no cumplen con las mismas características: flaca-gordo, bonito-feo, bien-mal, etc. Por otro lado, la ajenidad donde el sujeto se puede ver reflejado como un extraño dentro del grupo. Sin embargo, el sujeto es reconocido como miembro (Recalcati, 2007).

Asimismo, la clínica psicoanalítica no determina la causa y efecto como precursores del síntoma, la interacción subjetiva es diferente para cada sujeto que se encuentra en un evento traumático: el ambiente social e histórico u el Otro familiar, pueden facilitar o incentivar la sintomatología. Es así que, en la práctica clínica se observa la respuesta subjetiva que el sujeto tiene frente al acontecimiento; es decir, se debe hacer responsable al sujeto, no del trauma, más bien del goce que este produce en su repetición. La acción del analista consiste en identificar los límites, generar el principio de realidad, lo simbólico e intervenir en su realidad desde un principio normativo (Recalcati, 2007).

La transferencia en adolescentes está enlazada con las preguntas no expresadas del adolescente, el psicoanalista debe poner de su parte para que exista un encuentro. Lerude (2013) señala que, en la adolescencia se ponen en juego el poder llegar a ser autor de su propia palabra utilizando las palabras del Otro, ya que es heredero de los significantes familiares, sociales y culturales. Es a partir de dicha colección de significantes que el adolescente debe escoger y articularlos de diferente manera, de

acuerdo con su historia. Es decir, el adolescente tallará los significantes y formará nuevas metáforas que serán suyas, serán propias. De esta manera, el analista dará un nuevo sentido a la cura, permitiendo la mutación de sí mismo a partir de los significantes.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos propuestos para la elaboración de la presente disertación se han planteado las siguientes conclusiones:

- Al reflexionar sobre la anorexia, se presenta como una sintomatología: “no como, para que no me coman”, de esta manera, podemos dar cuenta de las diferentes modalidades de enunciados que existen. Por ejemplo: sujeto anoréxico, sujeto de la anorexia, sujeto en la anorexia, sujeto con anorexia y anoréxico o anoréxica. Cada uno de ellos marca una postura diferente en el trabajo clínico. Al plantearlos cada uno de esta manera, podemos caer en la universalidad del síntoma. Al decir, sujeto anoréxico o anoréxica/o ¿qué sucede cuando se cura? Esta postura se la puede tomar como una identificación hacia los pares. Mientras que, tomar la anorexia como una expresión del deseo y llamado al Otro, se puede llamar sujeto en la anorexia o sujeto de la anorexia. De esta manera, se utilizó sujeto con anorexia, sujeto que posee un significante.
- Desde los manuales diagnósticos, la anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria, en el cual se deben cumplir ciertos criterios para diagnosticarla como tal. En el psicoanálisis, se habla de anorexia como una posición subjetiva, por el cual se va a dar un llamado al Otro, en este caso, la anorexia es un significante con el cual se trabajará como la solución de un sujeto para que su deseo se pueda expresar. Es de esta manera que, se aborda sujeto con anorexia, debido a que el sujeto se apropia de este significante.
- Antes del nacimiento los sujetos son hablados, son pensados, son esperados, son sujetos de deseo, es decir, están atravesados por el lenguaje. Sin embargo, la interpretación de la demanda va a depender de la relación con el Otro primordial, con su falta y con su deseo. La anorexia da cuenta del conflicto que el sujeto tiene con el Otro materno. El sujeto con anorexia en la expresión de su demanda, mediante una necesidad; el llanto, busca que el deseo de la madre advenga. No

obstante, la respuesta inmediata a su necesidad le dotó únicamente de alimento, sin tener en cuenta la demanda que se le hacía. La madre satisface las necesidades biológicas del niño como llenar una bolsa vacía; sin embargo, el sujeto con anorexia demanda su don de amor, rechaza la comida y hace alusión al rechazo de la omnipotencia del Otro.

- Debido a que la madre es un sujeto cuyo inconsciente también va a intervenir en la respuesta que se le da a la demanda, pueden ser de amor o de agresividad, el comportamiento del infante va a estar regido por la relación que tiene con su figura de cuidado.
- Cuando la maternidad ha ganado a la feminidad, el deseo materno anula a la mujer y no permite la entrada del Nombre-del-Padre. Es decir, el deseo materno convierte a la niña en su falo imaginario, dejando de lado a la hija como sujeto deseante. Al presentarse una metáfora paterna débil que no pudo limitar el deseo de la madre hacia su hija, el sujeto con anorexia se encuentra sostenido por sí mismo como suplencia de la barra. Sin permitir que las fauces del cocodrilo se cierren. Es decir, de esta manera, el sujeto con anorexia puede hacerse deseante para el Otro.
- El cuerpo del infante está creado a partir del lenguaje, es una construcción simbólica que el Otro primordial le dotó. El transitivismo, es decir, los significantes y el reconocimiento de las sensaciones que la madre realizó, construyó su cuerpo. De esta manera, el cuerpo es una metáfora que se encuentra creada por significantes.
- Las imágenes que se perciben en el espejo, son percepciones que se deforman a partir de sensaciones de amor u odio, son fantasías inconscientes y construcciones simbólicas, que hacen que la percepción de la imagen corporal se presente distorsionada. Debido a que no se hizo una diferenciación del yo con el Otro materno, la identificación simbólica es débil.

- La percepción de la imagen corporal del sujeto anoréxico se encuentra distorsionada, debido a una falla en el significante, Nombre-del-Padre. De esta manera, su cuerpo es vaciado de la pulsión y llenado con un ideal, el cual la sociedad de consumo ha implementado en su día a día. Es decir, el sujeto anoréxico, vacía su cuerpo, lo reduce a lo mínimo en protesta a la respuesta del Otro primordial.
- El sujeto con anorexia busca convocar e interrogar el deseo del Otro parental. Es decir, en la anorexia el cuerpo se vuelve símbolo de amor, el cuerpo contiene un mensaje que debe ser decodificado.
- En la anorexia, no es que no se come, el sujeto con anorexia come nada, una construcción simbólica. En la anorexia, la comida aparece como real, es una comida sin afecto, es un objeto vacío. Es por eso, que el sujeto con anorexia tiene hambre, el hambre como símbolo de deseo, por el cual el sujeto puede generar su deseo y no estar alienado por el deseo de la madre.
- La función social del síntoma en efecto tiende a hundir, a empatar al sujeto con el Otro, más que hacerlo emerger con su singularidad. De esta manera, los grupos monosintomáticos se identifican entre sí, obturando su falta con el ideal de belleza. El sujeto con anorexia se convierte en ser-falo del Otro para cumplir con sus expectativas.
- Es necesario poner en paréntesis al síntoma para que una nueva cadena de significantes se creen en relación al Otro, la destitución subjetiva en la cual encontrará el Otro vaciado, sin respuestas y el sujeto deberá apoyarse en sus propias decisiones y deseos.
- La anorexia es un significante del cual el sujeto se apropia. En la clínica psicoanalítica, el adolescente escogerá nuevos significantes con los cuales él construirá nuevas metáforas. En la Clínica se da lugar a que la palabra del sujeto advenga y de esta manera, genere una resignificación

subjetiva. Donde el sujeto acepta su queja, su padecer y decide hacer algo con él. Se reestructura la cadena de significantes.

- De acuerdo con la época cultural, se han creado grupos de personas con un mismo síntoma. Las “anoréxicas” son grupos que se sostienen mediante una identificación grupal. El síntoma anoréxico ya no es singular, es una característica que tienen en común los miembros y futuros miembros. Existe un desabonamiento subjetivo, en el cual, el grupo decide que hacer, cuándo y cómo. El trabajo analítico con dichos grupos se basa en la familiaridad del grupo y la ajenidad, en el reconocimiento y en el deseo.
- La adolescencia es el comienzo para la construcción de nuevas cadenas de significantes. Donde para defenderse de la alteridad crea neologismos, con los cuales puede reconocerse con un grupo social. De esta manera, la construcción de la comunidad imaginaria monosintomática genera en los sujetos con anorexia una identificación que amortigua el síntoma, mediante el estándar de belleza.

## **RECOMENDACIONES**

- Es necesario que se amplie la investigación en el Ecuador para poder obtener datos estadísticos significativos que aporten a un estudio integro.
- Se sugiere que se abra el campo de estudio a los autores que trabajan con diferentes posiciones subjetivas en particular. Por ejemplo en la anorexia, Massimo Recalcati, quien ha aportado significativamente en la construcción de la teoría y clínica psicoanalítica de la anorexia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (2010). Adolescencia y psicopatía: Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles . En A. Aberastury, & M. Knobel, *La Adolescencia normal* (p.p. 110-126). Mexico: Paidós.
- Abraham, K. (1924). la influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter. En *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Lumen Hormé.
- Albor, L. (01 de 09 de 2014). Tras los pasos de Ana y Mia: las webs que fomentan la anorexia son legales en España. *eldiario.es*. Obtenido de [https://www.eldiario.es/hojaderouter/internet/paginas-ana-mia-anorexia-bulimia-leyes-espana\\_0\\_298170489.html](https://www.eldiario.es/hojaderouter/internet/paginas-ana-mia-anorexia-bulimia-leyes-espana_0_298170489.html)
- Bergès, J. (1999). El cuerpo y el transactivismo. En *Jean Bergès & Gabriel Balbo* (p.p. 67-74). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Broke, A. (08 de Abril de 2014). *Pro-Ana Pro-Mia*. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <http://waitingfortheperfection.blogspot.com/2014/04/los-10-mandamientos-de-ana.html>
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CIE 10, (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. En *CIE 10* (p.p. 140-141). Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf;jsessionid=66D370CF1E4FA65FC949BCDD6498429B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=66D370CF1E4FA65FC949BCDD6498429B?sequence=1)
- Cosenza, D. (2013). *El muro de la anorexia*. Barcelona: Diagonal.
- Dessal, G. (2011). Psicoanálisis y medicina. En J. L. García, *El cuerpo en Psicoanálisis* (p.p. 19-24). Caracas: Pomaire.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo* . Buenos Aires: Paidós .
- Dolto, F. (2000). La función maternal y su simbología . En *Lo Femenino, artículos y conferencias* (p.p. 59-82). Buenos Aires: Paidós .
- Dolto, F. e. (2006). *El niño en el espejo* . Barcelona: Gredisa, S.A.
- Firpo, S. (2000). Nociones introductorias acerca de la adolescencia. En *Clínica psicoanalítica con adolescentes* (p.p. 98-111). Rosario: Homo Sapiens.
- Freud , S. (1933/1992). Conferencia. La feminidad. En *Obras Completas Tomo XXII: Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otros* (p.p. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1896/1992). Carta 52. En *Obras Completas Tomo I: Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud* (p.p. 274-279). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905/ 1992). Tres Ensayos de la Teoría Sexual. En *Obras Completas Tomo VII: Fragmento de análisis de un caso de histeria, Tres ensayos de la teoría sexual y otras obras* (p.p. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/2008). La represión. En *Obras Completas Tomo XIV: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/2008). Pulsión y destinos de pulsión. En *Obras Completas Tomo XIV: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (p.p. 103-134). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/1991). 20. Conferencia. La vida sexual de los seres humanos. En *Obras Completas Tomo XVI: Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1922/1992). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de libido. En *Obras Completas Tomo XVIII: Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925/1992). La negación. En *Obras Completas Tomo XIX: El yo y el ello y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925/1997). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos. En *Obras Completas Tomo XIX: El yo y el ello y otras* (p.p. 259-276). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fuentes, A. (2016). *El misterio del cuerpo hablante*. Barcelona: Gedisa. S.A.
- González, E. (s.f.). *Historias de chicos con Ana y Mia*. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/0BzqV9TqV5xVBS0Z6SUhpS2NwRVE/view>
- Hekier, M., & Miller, C. (1994). *Anorexia-Bulimia: Deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1936/2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I* (p.p. 86-93). Mexico: SigloXXI S.A.
- Lacan, J. (1938/2012). Los complejos familiares en la formación del individuo. En *Otros Escritos* (p.p. 33-96). Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1954/2001). La tópica de lo imaginario. En *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud* (p.p. 119-140;197-216). Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1956/2008). Teoría de la falta de objeto. En *El Seminario. Libro 4: La relación de objeto*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

- Lacan, J. (1957/2008). El falo y la madre insaciable. En J. Lacan, *El Seminario. Libro 4: La relación de objeto*. (p.p. 181-198). Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1961/2008). El objeto del deseo y la dialéctica de la castración. En *El Seminario. Libro 8: La transferencia* (p.p. 241-252). Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1983/2008). El deseo, la vida y la muerte. En *El seminario. Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (p.p. 331-352). Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lerude, M. (2003). La femineidad: ¿cómo se construye? En G. Naranjo, *Trejectory* (p.p. 332-341). Quito: Rayuela Editores.
- Lerude, M. (2013). Jornadas de trabajo sobre la cuestión de la adolescencia. En G. Naranjo (Ed.), *Trayectoria* (p.p. 559-645). Quito: Rayuela Editores.
- Lerude, M. (2013). La cuestión del Otro en la Adolescencia. En G. Naranjo (Ed.), *Trayectoria* (p.p. 720-731). Quito: Rayuela Editores.
- Melman, C. (1992). La Oralidad. En *Observaciones sobre la anorexia* (p.p. 13-30). Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Melman, C. (2002). El objeto a. *La invención del objeto a por Jacques Lacan* (p.p. 15-32). Medellín y Bogotá : Cuarto de Vuelta Ediciones .
- Miller, J.-A. (2006). Acontecimientos del cuerpo. En J.-A. Miller, *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica* (p.p. 371-386). Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Nothomb, A. (2006). *Biografía del Hambre* . Barcelona : Anagrama .
- Orozco, M. (16 de Abril de 2012). Una crónica freudiana del cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 145-163. Recuperado el 14 de Octubre de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Piek, C. (2007). La mirada. identificación histérica. Cuerpo y cuadro . En *Anorexia y Bulimia. La triada de la perfección* (p.p. 119-146). Querétaro : FUNDAp.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis* . España: Síntesis S.A.
- Recalcati, M. (2007). *lo homogéneo y su reverso. clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia en el pequeño grupo monosintomático* . Málaga: Miguel Gómez Ediciones .
- Recalcati, M. (2011). *La última cena. Anorexia y bulimia* . Buenos Aires : Del Cifrado .
- Rivas, E. (Abril/Junio de 2005). Anorexia Infantil, la hipótesis etiológica. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría*, XXXIV(94), 19-28. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n94/v25n2a03.pdf>

- s.a. (30 de Octubre de 2013). *Ana y Mia*. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <http://bloggersuicida.blogspot.com/2013/10/oracion-credo-mandamientos-y-reglas.html>
- s.a. (23 de Noviembre de 2016). *Lista de Blogs Ana y Mia*. Obtenido de <http://anymialistadeblogs.blogspot.com/>
- Serra, M. (2015). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Oberta UOC Publishing, SL. Obtenido de <https://ebookcentral-proquest-com.puce.idm.oclc.org/lib/pucesp/reader.action?docID=4735110&query=anorexia&ppg=13>
- Stryckman, N. (2013). La feminidad, la madre, la pareja. En G. Naranjo (Ed.), *Trayectoria* (p.p. 171-222). Quito: Rayuela Editores.
- Torres, M. (2005). *Clínica de las neurosis*. Buenos Aires : Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires .
- Ulnik, J. (2011). Esquema corporal y patrones psicossomáticos de la infancia. . En *El psicoanálisis y la piel* (p.p. 197-218). Buenos Aires : Paidós .
- Vandermersch, B. (2013). ¿Es eficaz el psicoanálisis? ¿De qué está hecha esta eficacia?¿Cuáles son sus límites? En G. Naranjo (Ed.), *Trayectoria* (p.p. 647-658). Quito: Rayuela Editores.
- Volta, L. (2017). Patologías del Ideal: variedades clínicas de la denominada "Distorsión Perceptiva". *Estrategias-Psicoanálisis y Salud Mental*, IV(5), 80-84. Obtenido de <https://dialnet-unirioja-es.puce.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=6048140>
- Zusman, L. (2009). Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Perú: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.