



TRABAJO FINAL DE GRADO

Los mecanismos de defensa en la Anorexia y la Bulimia

Paola García

4.713.427-2

Tutor: Profesor Adjunto Dr. Jorge Bafico

Revisor: Profesora Adjunta Magister Geraldina Pezzani di Falco

Facultad de Psicología
Universidad de la República
Montevideo, Uruguay
Diciembre, 2025

*"It's me, hi, I'm the problem, it's me
At tea time, everybody agrees
I'll stare directly at the sun but never in the mirror
It must be exhausting always rooting for the anti-hero."*

- Taylor Swift

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo	6
Panorama actual y antecedentes	9
Factores psicológicos, familiares y socioculturales	14
Adolescencia: construcción de la identidad y su relación con la sintomatología alimentaria	16
Los mecanismos de defensa en la estructuración del psiquismo	18
Negación y evitación del conflicto emocional	23
Proyección identificativa y su expresión en la anorexia y la bulimia	25
Conclusiones finales	29
Referencias Bibliográficas	33

Resumen

Este trabajo monográfico aborda los trastornos alimentarios en la adolescencia desde una perspectiva psicoanalítica, enfocándose en la anorexia y la bulimia nerviosa. A partir de la lectura de autores como Freud, Lacan, Klein, Cosenza y Recalcati, se exploran los mecanismos de defensa de la negación y la identificación proyectiva, claves en la configuración y persistencia de estos síntomas. Se sostiene que la anorexia y la bulimia no deben entenderse como cuadros clínicos separados, sino como expresiones distintas de un mismo conflicto: la relación del sujeto con el deseo, el goce y el Otro.

Asimismo, se analiza el rol de los factores socioculturales, familiares e individuales en la construcción de la imagen corporal y el ideal del yo, en una etapa tan vulnerable como la adolescencia. Se destacan las exigencias contemporáneas sobre el cuerpo femenino, la influencia de las redes sociales, y la lógica del consumo que atraviesa la sociedad actual, lo cual configura un escenario ideal para el surgimiento de estos síntomas. Se recorre también la dimensión histórica del fenómeno, mostrando cómo el significado del no comer ha variado a lo largo de las épocas.

El síntoma alimentario aparece como una forma singular de dar respuesta a un malestar que atraviesa al sujeto en su ser más íntimo. No puede reducirse a lo que se ve sino que lleva consigo una historia, un deseo. Por eso, todo tratamiento que aspire a ser verdaderamente transformador debe respetar esa singularidad, habilitar la palabra, y acompañar al sujeto en el camino a recorrer.

Palabras clave: Anorexia - Bulimia - Negación - Proyección - Psicoanálisis

Introducción

A continuación se desarrollará la monografía titulada, “Los mecanismos de defensa en la Anorexia y la Bulimia” en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

En el mundo actual, la preocupación por el cuerpo físico y el cumplir con medidas estandarizadas de perfección, es una tendencia creciente, influenciada en gran parte por los medios de comunicación y las redes sociales. Esta presión por alcanzar un ideal estético puede llevar a comportamientos poco saludables y contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios y problemas de autoestima. Más allá de que existen diversos trastornos alimentarios, este trabajo buscará profundizar acerca de los dos más nombrados, la anorexia nerviosa y la bulimia. A pesar de que los síntomas más conocidos están relacionados al cuerpo y la alimentación, tanto la anorexia como la bulimia expresan una compleja red de factores psíquicos, sociales y culturales que se entrelazan en la constitución subjetiva del sujeto. En este trabajo se buscará abordar ambos trastornos desde una mirada psicoanalítica, poniendo el foco en cómo influyen dos mecanismos de defensa fundamentales en la clínica, la negación y la identificación proyectiva.

Más allá que desde lo social, tanto la anorexia como la bulimia son pensadas como trastornos individuales, centrados exclusivamente en el cuerpo y la imagen, en este trabajo se buscará demostrar como desde el psicoanálisis es posible pensar que dichos trastornos lejos de ser simples desórdenes, en verdad constituyen una solución subjetiva frente a un conflicto más profundo, en el cual están el juego tanto el deseo, como el goce y la relación de los sujetos con un Otro. Como afirma Recalcati (2004), es necesario comprender que la anorexia y la bulimia no pueden ser entendidas como entidades clínicas separadas, sino como dos formas diferentes de responder a una misma estructura conflictiva (p. 66). Así, la anorexia, se encuentra asociada, tanto, a una búsqueda obsesiva de un cuerpo ideal como a un control excesivo del cuerpo, mientras que la segunda, se relaciona con la forma fallida de sostener ese ideal, lo que genera impulsos de descontrol, culpa y finalmente la purga.

En este marco, entendemos a la negación como el mecanismo de defensa que permite al sujeto rechazar aspectos de la realidad que le resultan intolerables, mientras que la identificación proyectiva permite que aquello que se rechaza o resulta amenazante se desplace hacia un Otro. A través del estudio de estos mecanismos, se intentará poner en evidencia cómo

el síntoma se articula con la historia subjetiva de cada sujeto, destacando que el trastorno va más allá de los criterios diagnósticos tradicionales.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta el contexto sociocultural en el cual estas problemáticas emergen, debido a que vivimos en una sociedad en la cual la imagen cobra mucho valor. Los mandatos a los que nos enfrentamos en el día a día no solo afectan la percepción del propio cuerpo, sino que también impactan en la construcción del ideal del yo, generando una posible distancia -muchas veces dolorosa- entre lo que la persona es y lo que se supone que debería ser.

Asimismo, la adolescencia representa un terreno fértil para que estos síntomas se expresen. Esta etapa de la vida del sujeto es crucial en cuanto a la formación de identidad, la sexualidad, la búsqueda de referentes y la mirada del Otro social. En muchos casos, los trastornos alimentarios parecen ser una solución defensiva frente al desborde que supone enfrentarse a todo esto, así como también una forma paradójica de tener control sobre el propio cuerpo, el cual se está transformando de manera independiente.

Esta monografía busca realizar un recorrido teórico en el cual se articulen los aportes de diferentes autores fundamentales del psicoanálisis como Freud, Klein y Lacan, con autores referentes de los trastornos alimentarios en la misma área. Asimismo se buscará describir cómo operan los mecanismos de defensa mencionados, y su relación con dichos trastornos.

Por último, se busca brindar una mirada personal con respecto a los temas tratados, ya que los mismos están vinculados a experiencias personales, los cuales motivan, en parte, esta indagación.

Desarrollo teórico

Los trastornos alimentarios constituyen afecciones graves de salud mental, caracterizadas por alteraciones significativas en los patrones de conducta alimentaria, así como en los pensamientos y emociones relacionados (Jones et al., 2021). En esta línea, Doménico Cosenza (2018) aporta una perspectiva psicoanalítica al señalar que “la anorexia-bulimia es indudablemente una patología de la imagen del cuerpo unida íntimamente a una patología del consumo de los alimentos” (p. 36), subrayando la estrecha vinculación entre la percepción de la imagen corporal y las dinámicas alimentarias que atraviesan estos cuadros clínicos.

Según el DSM V (2014), Libro de Asociación Estadounidense de Psiquiatría, podemos describir a la anorexia nerviosa como la reducción de alimentos ingeridos, sobre todo aquellos considerados hipercalóricos, lo que conlleva a un peso corporal sumamente bajo para el sujeto, “rechazo a admitir la gravedad de la situación, alteración de la imagen corporal y percepción y valor atribuidos al aspecto físico y al peso corporal distorsionados”. A su vez, la anorexia presenta dos subtipos: el tipo restrictivo y el tipo atracones/purgas. El primero corresponde a los casos en donde “la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo,” mientras que en los segundos lo que predomina es tanto el uso de del vómito autoinducido como la presencia de atracones muy seguidos (p. 338-339).

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingestas compulsivas. Dichos atracones se realizan en un periodo de dos horas, en donde la ingesta es muy superior a lo que podría ingerir otro sujeto en el mismo lapso de tiempo. A su vez, también existe una sensación de descontrol respecto a lo que se come durante el episodio y actitudes compensatorias para no subir de peso como puede ser el vómito autoprovocado, el ayuno, el uso de diuréticos y/o realizar ejercicio en exceso (p. 345-346).

A pesar de ser el DSM V el libro por el cual se guían los psiquiatras para distintos diagnósticos, en mi opinión, tiende a encasillar a los sujetos en categorías rígidas, muchas veces ajenas a lo que en realidad sucede, al mismo tiempo que no tiene en cuenta las individualidades. Al decir de Gómez (2003) “No resulta fácil encontrar pacientes que llenen los criterios estrictos de anorexia” (p. 150). Lo cual también puede pensarse para la bulimia. Este planteo a su vez se sostiene en que “(...) podemos decir que la anorexia y la bulimia tendrán tantos sentidos diferentes como pacientes aquejados por ellas nos dispongamos a escuchar” (Tubert, 2000, p. 261).

Por su lado, Massimo Recalcati (2004) en su libro “La Última Cena” escribe que

“(…) el DSM (IV) (...) sostiene: anorexia y bulimia no son simples alternativas en antagonismo, sino las dos caras de una misma moneda, donde la anorexia indica la realización del Ideal del sujeto, mientras la bulimia representa su naufragio asociado a la irrupción de lo real pulsional en la escena del Ideal” (p. 34).

Este énfasis que hace el autor, es a mi entender, fundamental en el entendimiento de los trastornos alimenticios, ya que estos no deben ser vistos como síntomas separados sino que son diferentes maneras de mostrar lo mismo. La anorexia, vendría a ser cuando el sujeto logra seguir de manera estricta el ideal que persigue, mientras que la bulimia representaría el intento fallido de seguir este ideal, por lo que lo que se presenta es entonces algo más impulsivo -los vómitos y los atracones- que van más allá del control consciente.

Una de las principales dificultades en el abordaje de los trastornos alimentarios radica en que el comer no es solo una necesidad biológica fundamental, sino que también está profundamente entrelazada con la vida social y afectiva de los sujetos. Eventos cotidianos y significativos —como celebraciones familiares, la Navidad o el Año Nuevo, encuentros con amistades o incluso reuniones para ver un partido de fútbol— suelen implicar el acto de compartir alimentos, lo que complejiza aún más el tratamiento, al situar a la comida en el centro de múltiples experiencias relacionales. Tal como sostiene Cosenza (2018) “(...) la relación del ser humano con la comida implica siempre la relación con el otro, (...), dicha relación con la comida y con el otro está reglamentada por el Otro” (p. 38). En esta misma línea, Recalcati (2004) describe que “Como seres humanos se come siempre en la mesa del Otro” y que comer implica mucho más que saciar el hambre, es también aceptar normas de convivencia, participar en la vida en común, en los rituales del gusto, y en las tradiciones tanto familiares como culturales (p. 51).

Cabe resaltar que el acto de compartir alimentos no pertenece a la modernidad, sino que desde los griegos, el acto de compartir una comida constituye un rasgo fundamental de identidad, y el mismo marcaba la diferencia entre la civilización y la barbarie. Así, representaba una forma central de sociabilidad, la cual estaba cargada de significado social y de una intensa capacidad de comunicación (Flandrin; Montanari, 1998, p. 108). Cosenza (2018) trayendo a Freud, detalla que

“(...) de acuerdo a la lógica del descubrimiento freudiano, comer solos es, en realidad, una experiencia imposible, puesto que siempre, desde el origen, es en relación con el otro y en el campo del Otro que la práctica alimentaria se ha abierto para el sujeto” (p. 38).

Esto nos permitiría pensar las posibles dificultades a la hora de tratar dichos trastornos, ya que no podemos quitarle el alimento a los sujetos, no solamente porque se necesita para vivir si no, porque se encuentra, también, en cada reunión social a la cual el sujeto asistirá y por tanto estará enfrentado a la comida constantemente. Muchas veces, cuando se tiene este tipo de trastorno, se deja de asistir paulatinamente a eventos sociales para no enfrentarse al acto de comer ya que el mismo suele generar ansiedad o miedo.

Considero importante resaltar con respecto a la alimentación que, los sujetos que padecen estos trastornos, suelen adquirir un conocimiento muy detallado sobre los mismos, “No solo un saber dietológico (Calorías, combinaciones dietéticas, (...)), sino, también un profundo saber gastronómico, unido tantas veces a una particular habilidad en la manipulación culinaria” (Recalcati, 2004, p. 52). Sin embargo, su interés no está centrado en el acto de comer, sino en que el Otro lo haga. Ver al Otro comer le brinda una especie de seguridad,

“Antes que nada la garantía de poder sustraerse de la mesa del Otro. En segundo lugar la garantía sobre su culpa (el Otro también goza) y finalmente el hecho de que no será devorada por el Otro, por lo menos mientras el Otro coma...” (Recalcati, 2004).

Es decir que, en estos casos, mirar al Otro comer es, una forma de tomar distancia de la situación, calmar su culpa por no hacerlo y, también les permite sentirse a salvo.

¿Cómo podríamos pensar lo planteado por este autor considerando los mecanismos de defensa nombrados en este trabajo? Desde mi punto de vista, la negación se expresa cuando el sujeto opta por mantenerse al margen del acto de alimentarse, desplazando la atención hacia el Otro que sí come, como si él mismo no estuviera implicado en esa escena. A su vez, puede observarse la actuación de la identificación proyectiva, cuando el sujeto deposita en ese Otro tanto el disfrute del sabor de la comida, como el acto de comer en sí, ubicándose a sí mismo fuera de la escena, cuando en realidad esta también lo atraviesa. Dicho de otro modo, proyecta en el Otro aquello que rechaza en sí, al mismo tiempo que se identifica con él desde un lugar de control y vigilancia. Un control que también se refleja en su propio acto de comer-no comer, como en el acto purgativo de la bulimia.

Panorama actual y antecedentes

Aunque es difícil tener datos exactos acerca de la cantidad real de sujetos que se encuentran padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), debido a que muchos no se tratan y/o tampoco manifiestan estar pasando por esta situación, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de nuestro país en Septiembre del 2022 publicó un artículo donde se expone que “(...) a nivel internacional, la evidencia científica plantea una prevalencia aproximada del 8% para mujeres y 2% para hombres de los TCA más frecuentes”. Asimismo, la Encuesta Mundial de Salud Adolescente, la cual cubre aquellas personas de trece a diecisiete años que fue llevada a cabo en 2019 en el Uruguay, dio como resultado que entre el 2 y 3.5% de las personas habían tenido conductas relacionadas a la bulimia nerviosa y un 6.8% conductas relacionadas a la anorexia nerviosa (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Por otro lado, según estimaciones de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) de nuestro país, alrededor del 14% de los adolescentes en edad liceal padecen algún tipo de trastorno alimentario. De este porcentaje, el 88% son mujeres y el 12% son varones (El País, 2022).

En un estudio con estudiantes de secundaria, Moreno González y Ortiz Viveros (2009), citados por Del Saz Bedmar & Ayensa (2023) analizaron la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria, la percepción corporal y la autoestima en adolescentes. Los resultados mostraron que, aunque tanto varones como mujeres manifiestan dificultades con su imagen corporal, “las adolescentes presentaban más miedo a ganar peso y mayores porcentajes en cuanto al riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas” (p. 146).

Las preguntas que me surgen a partir de lo anterior son las siguientes: ¿porque son mayoritariamente las mujeres las que sufren estos trastornos? ¿Qué rol juegan los estereotipos de belleza y las exigencias culturales sobre el cuerpo femenino?. A su vez, teniendo en cuenta que esta monografía busca indagar porque estos trastornos aparecen tanto en adolescentes, ¿Influye el uso de redes sociales y la exposición a modelos ideales de cuerpo?

Considero importante destacar, que el cuerpo, sobre todo el de las mujeres, resulta blanco central de las exigencias sociales, culturales y simbólicas que imponen ciertos ideales estéticos sumamente difíciles de conseguir. Las cifras expuestas más arriba respaldan lo planteado por Tubert (2000) de que “Los ideales vinculados a la feminidad que dominan lo imaginario social son responsables, en parte, del malestar femenino en nuestra cultura (...)” y

que “La anorexia se presenta, entonces, como emblema de la construcción del cuerpo femenino en nuestra cultura” (p. 262). Podríamos tomar a los autores Hackie y Miller (1994) quienes incluso plantean a la anorexia como una forma de “adicción sin sustancia”, es decir, un vínculo compulsivo que no se establece con una droga externa, sino con el propio cuerpo siguiendo una práctica o ideal. Considero interesante la relación que hacen estos autores de que la anorexia pueda adoptar una lógica similar a la de otras conductas adictivas -como el alcohol o el cigarrillo-, especialmente en una etapa como la adolescencia, en la cual el abuso de sustancias suele ser masivo.

Cosenza (2018) establece que “Para el psicoanálisis contemporáneo, la epidemia anoréxico-bulímica (...) plantea un problema radical de reconsideración de la clínica” (p. 35), lo que genera este problema según el autor es “la comida”. Destaca, que a pesar de que en la actualidad la posibilidad de comer no suele ser un problema para la mayoría de las sociedades, en los casos de anorexia aparece como algo ajeno o extraño a la identidad del sujeto (p. 36). Este mismo planteo lo notamos en los dichos de Gómez (2003) que escribe que “Las anorexias modernas aparecen como desfallecimiento del apetito en época de abundancia de comida” (p. 155).

Considero oportuno el pensar el porqué esto ocurre, y una posible respuesta es que en la anorexia así como en la bulimia, el verdadero conflicto no proviene de la comida en sí como objeto, sino el valor simbólico que se le da a este. Lo que para la mayoría de los sujetos es solamente una acción diaria y sin valor agregado “comamos algo”, para el sujeto que padece un TCA es toda una experiencia conflictiva, traumática y amenazante. Asimismo, y como plantean los autores, actualmente la dificultad no se encuentra en hallar alimento, ya que hay distintas maneras de encontrarlo (supermercados, restaurantes), si no que el verdadero problema se encuentra en el rechazo que este genera por el sentido que se construye en torno al mismo y al vínculo de este con el cuerpo y el deseo del sujeto.

De esta manera, este planteo de Cosenza, genera que sea necesario hacer un repaso por la historia de la anorexia y la bulimia a lo largo de los años y como el acto de no comer fue considerado de maneras distintas a lo largo del tiempo. Para ello, uno de los textos que tomaremos es el de Gómez (2003) el cual, incluso comienza con la frase “En sentido amplio, el fenómeno de la anorexia no parece ser nuevo” (p. 146). La anorexia, como tal, no es nueva, sin embargo, lo que ha cambiado a lo largo de los años es como se la considera, ya que dejó de ser considerada sólo un síntoma de otra enfermedad, a ser considerada como un trastorno por

sí mismo. Cabe destacar, además, que el acto de no comer por ciertas horas fue y es considerado aún hoy en día, en algunos casos, como parte de actos religiosos o místicos.

En la Edad Media era normal la utilización del ayuno, sin importar el sexo o estrato social, para poder “disfrutar potencialmente una experiencia mística, pensada ella como un don divino de carácter personal (...)” (p. 147). Más adelante, entre los siglos XII a XVII, encontramos incluso a Santa Catalina de Siena, una mujer joven, la cual fue santificada por la Iglesia por el simple hecho de no comer. Entrada la Modernidad “La anorexia pasa del Otro de la religión al Otro de la ciencia” (p. 147). A partir de aquí, y muy de a poco, el acto de no comer deja de estar asociado a la cercanía a Dios y pasa a ubicarse en el plano de la medicina. Aquí podríamos destacar al médico Richard Morton, quien hizo una descripción clínica de una joven de 18 años con síntomas compatibles con la actual anorexia nerviosa, aunque sin usar el término en sí. A su vez plantea la posibilidad de una enfermedad sin causa orgánica. Así, llegamos al siglo XVIII, época en la cual, los planteos de una enfermedad sin origen orgánico siguen tomando fuerza. En el texto *Nosología Metódica* de 1736, el médico y botánico francés François Boissier presenta otro abordaje de la anorexia “(...) aquellos casos en que se extingue el deseo sexual y/o alimenticio” (Gómez, 2003, p. 148). Por su lado, el médico y químico escocés William Cullen (1710-1790) realizó un trabajo médico donde recopiló diversas clasificaciones de enfermedades según distintos médicos de la época, entre ellas, la anorexia. Cullen toma como referencia a Boissier y a Linneo -médico sueco- quien describe la anorexia como “(...) falta de hambre (...)” (Almenara, 2006, p. 29). Aquí se muestra claramente como la anorexia en el siglo XVIII se ubica, solamente, como un trastorno del apetito, sin tener en cuenta la profundidad clínica con la que estos trastornos se abordan hoy en día. Finalmente, es en 1789, que comienza a asociarse el no comer con la histeria, es decir, lo orgánico con lo psíquico. Sin embargo, no es hasta finales del Siglo XIX que la anorexia mental se establece formalmente como una entidad clínica reconocida teniendo como referentes al francés Charles Lasègue y a William Gull, inglés. Ambos relacionaron la anorexia con la histeria y los trastornos digestivos, y destacaron la influencia del entorno familiar, algo que no había ocurrido hasta el momento. Gull acuñó el término “apepsia histérica”, que luego transformó en “anorexia nerviosa”, mientras que Lasègue habló de “anorexia histérica”, más tarde llamada “anorexia mental”. Almenara (2006) citando a Madden (2004) dice que “(...) Gull llegó a identificar la importancia de los factores psicológicos, pero no fue más allá de ello. Y por otro lado, Gull notó también la inquietud motora y el ejercicio compulsivo asociado al trastorno” (p. 51). Unos años después, Gilles de la Tourette señaló que la anorexia implicaba un rechazo del alimento, no una falta de apetito. Es Freud quien,

unos años más tarde, retoma esta línea de pensamiento, considerando a la anorexia un síntoma histérico. A pesar de estos planteos, no es hasta entrado el siglo XX, que la anorexia comienza a ser realmente un objeto de estudio bajo la óptica médico-psiquiátrica (Gómez, 2003, p. 149).

Más adelante en su texto, la autora describe que “El término nerviosa o mental que acompaña el diagnóstico de anorexia, indicaría que no se está ante un trastorno alimenticio con una definida base orgánica” y que “La tendencia actual es tomarla como un síndrome: un conjunto de manifestaciones clínicas, cuya causa se desconoce” (p. 151). Rescato de lo planteado, por tanto, la importancia de tratar dichos trastornos de manera integral, teniendo en cuenta no solo lo somático, sino también, lo psíquico, social y orgánico. A su vez, destacó que los conocimientos que tenemos hoy en día sobre estos trastornos se han ido produciendo históricamente en diálogo con los síntomas y demandas de cada época, y se seguirá avanzando en el futuro.

Cabe resaltar que el término Bulimia no es utilizado por ninguno de todos estos médicos y/o autores. Es George Russell, psiquiatra británico, quien en 1979, utiliza por primera vez el término “bulimia nerviosa”, planteando que la misma “bears a close resemblance to anorexia nervosa, but does not conform fully to its diagnostic criteria” (p. 429), es decir, que había pacientes que presentaban síntomas parecidos a la anorexia ya conocida, pero que no lograban encajar del todo con el criterio diagnóstico. Russell describe a la bulimia nerviosa como aquella en la cual las pacientes presentan episodios de atracones de comidas, los cuales eran “often overshadowed by more dramatic clinical phenomena - intractable self-induced vomiting or purgation” (p. 429), es decir, seguidos de vómitos auto producidos. A su vez, la describe no como un síndrome en sí mismo, si no relacionada a la anorexia. Para él, la diferencia entre ambas es que las pacientes con bulimia no presentaban sí o sí amenorrea ni todas tenían bajo peso (algunas incluso, presentaban peso excesivo). Sin embargo, en lo que sí coincidían era en su “(...) characteristic psychopathology whereby the patients were abnormally concerned with their body size, fearing fatness which they described in excessively harsh terms (...)” (p. 432). Dicho en otras palabras, las pacientes con ambos trastornos tenían una preocupación excesiva con respecto a su cuerpo, al cual se referían de manera agresiva. Esta misma característica es la que vemos hoy en día.

Retomando un contexto más actual, el autor Recalcati (2003) plantea la existencia de una “clínica del vacío” la cual “pretende definir un aspecto crucial de la clínica psicoanalítica

contemporánea. Los denominados “nuevos síntomas” (anorexia y bulimia (...)) aparecen como efectivamente irreductibles ante la lógica que preside la constitución neurótica del síntoma” (p. 11). Dicho de otro modo, la clínica del vacío, es una forma de nombrar un conjunto de síntomas actuales que no responden bien a los marcos tradicionales. Estos síntomas, no presentan un “mensaje cifrado” correspondiente a la lógica clásica del retorno a lo reprimido, sino que lo que caracteriza a la anorexia y bulimia, es la falla estructural en la constitución del sujeto, especialmente en su construcción narcisista, es decir, en la imagen que tiene de sí mismo el sujeto.

En línea con este planteo, Ferrari (2010) describe que en la anorexia lo que predomina es una devoción al vacío en sí, y que la pasión que lo mueve es narcisista, es decir, que el sujeto no busca el goce orientado al Otro, ni a algo externo, sino a una forma de satisfacción autodirigida (mantener el estómago vacío, por ejemplo). A su vez agrega que dicho vacío refiere a una falta en el ser del sujeto y que ningún objeto (ya sea un vínculo, un alimento o la imagen corporal deseada) podrá colmar dicha falta (p. 296).

Resulta acertado el planteo de que es a través del cuerpo de la anoréxica que se revela, de manera directa y cruda, el otro lado del ideal de belleza, aquel que puede volverse doloroso; desde el psicoanálisis se entiende que es el inconsciente el que genera esas marcas en el cuerpo (Gómez, 2003, p. 153).

Continuando con estos planteos, Janin (2008) en su artículo “Encrucijadas de los adolescentes de hoy” resalta el hecho de que “vivimos en un mundo de imágenes y acciones” y que “los adolescentes (...) hablan de “llenar un vacío”, de sentir algo” (p. 20). Es decir, hay un vacío, que podríamos considerar simbólico en esta etapa, y que en el caso de los sujetos (tanto hombres como mujeres) que sufren de anorexia, estaría relacionado con “el de dejar vacío el espacio del deseo” (Correa, 2014, p. 6).

Teniendo en cuenta la noción de “deseo”, Recalcati (2004) plantea que, desde una mirada abarcativa, la dificultad que se presenta en la clínica de la anorexia-bulimia es que el sujeto logre asumir un deseo auténtico de curación. En palabras del autor:

“Esta dificultad radica en el paralelismo existente entre el circuito del goce y el del deseo. (...) la organización cerrada, autística del goce, no entra en la dialéctica del deseo. (...) en la anorexia-bulimia es el circuito del goce que se impone al movimiento del deseo determinado (...)” (p. 63).

En estos trastornos, el goce, que se presenta cerrado sobre sí mismo, parece imponerse por encima del deseo. Más adelante, el autor aclara que “el circuito del deseo no está cerrado en sí mismo, como el circuito del goce, sino que se halla abierto en dirección al Otro”, y que “el deseo es deseo del Otro, es deseo de reconocimiento, es el deseo de ser deseado” (p. 63). Entendemos lo anterior en el sentido de que en estos trastornos, el sujeto no necesita a un Otro, se satisface de manera solitaria: la anoréxica goza del no comer, del control extremo; mientras que en la bulimia, los atracones y los vómitos constituyen un circuito cerrado de goce entre el cuerpo y la comida. Es precisamente ese goce solitario lo que vuelve tan difícil el tratamiento, porque ¿Para qué querría el sujeto tratarse, si allí mismo está su forma de gozar? (Recalcati, 2004)

Factores psicológicos, familiares y socioculturales

En todo lo que involucre a los trastornos alimentarios, el entorno familiar y social ocupa un lugar clave, tanto en la génesis como en el abordaje de los mismos. Según la National Guideline Alliance, los TCA no suelen presentarse de manera aislada, y suelen coexistir con otros trastornos como ansiedad, depresión u obsesiones. Asimismo, destacan que muchas veces los síntomas se desarrollan en contextos donde existen dificultades en la regulación emocional, relaciones familiares disfuncionales o entornos altamente exigentes en términos de rendimiento e imagen (Jones, et al., 2020),

Por otra parte, el entorno social más amplio también puede tener una influencia decisiva. Como señala Correa (2014), citando a Marcelli (1986), "La anorexia y la bulimia son trastornos de la alimentación que se han convertido en síntomas de nuestra sociedad, caracterizada por la apreciación del cuerpo delgado" (p. 3). Este tipo de cuerpo delgado es el que se considera "bello" y "deseado" en la sociedad contemporánea. Asimismo, los medios de comunicación promueven constantemente este ideal al presentarlo en publicidades, películas, series, campañas, etc, donde los protagonistas suelen tener cuerpos hegemónicos y son considerados los más deseados, queridos y felices.

Todas las personas estamos expuestas a este tipo de mensajes, sin embargo, los adolescentes, en particular, se encuentran en una etapa de su vida en la que buscan referentes fuera de su hogar. En esta búsqueda, suelen mirar más allá de sus padres y adoptan como modelos a personas que parecen tener todo a lo que ellos aspiran, sujetos que en la actualidad parecen estar más cerca de uno debido al gran uso de las redes sociales; deseando imitar sus

características y estilos de vida. En este marco, emergen comunidades virtuales que fomentan los trastornos alimentarios como modos de vida. Sitios web denominados *Pro-Ana* y *Pro-Mia* difunden contenido orientado a reforzar la práctica de conductas anoréxicas y bulímicas, como son el contar las calorías que se ingieren, el dormir en exceso para evitar ingerir alimentos, el realizar ejercicio de manera excesiva, la ingesta exagerada/mínima de agua, entre otras (Lucciarini et al., 2021).

Como plantea Garcia Guardiola (2020), quien es tomado por Lucciarini et al. (2021), muchas de las personas que terminan en estas páginas web son aquellas de baja autoestima, las cuales buscan “lograr alcanzar un ideal de belleza exagerado y ser pertenecientes a un grupo de pares que se sientan de la misma manera” (p. 41). La internalización de estos mandatos, en una etapa donde la identidad está en plena formación, puede traducirse en prácticas alimentarias de riesgo, deterioro mayor del autoestima e incluso en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. En la infancia, sentirse amado por los padres puede traducirse en una creencia de ser amado por todos, casi como un derecho inherente por el simple hecho de existir. Sin embargo, al salir al mundo, los adolescentes deben poner a prueba sus habilidades frente a otros. Aquí, el desafío es mantener el amor propio basado en logros en una sociedad que no define claramente las metas ni el camino a seguir (Janin, 2008).

Continuando con la línea de la influencia de las redes sociales en los TCA, Villar del Saz Bedmar y Ayensa (2023) escriben que “La aparición de las redes sociales nos sitúa en un nuevo escenario (...) perpetuando estereotipos e ideales de belleza inalcanzables y teniendo incluso un alcance mayor (...)” (p. 144). Agregan, tomando a Behar Astudillo (2010) que la presencia cada vez mayor tanto de la anorexia como de la bulimia, está íntimamente relacionada con los ideales de belleza los cuales a su vez, se cree que tienen línea directa con la felicidad y la aceptación de los otros (p. 146). Asimismo y teniendo en cuenta un análisis de veintisiete artículos resumidos en el texto,

“(...) enfocar el estudio de las redes sociales como un transmisor novedoso de estereotipos o como un perpetuador de los ya instaurados, pudiendo decir que estás, más que ser un factor nuevo de distribución de ciertas ideas, son perpetradoras de los ya instaurados” (Villar del Saz Bedmar y Ayensa, 2023, p. 162)

Adolescencia: construcción de la identidad y su relación con la sintomatología alimentaria.

Hablar de la adolescencia implica adentrarse en una etapa compleja del desarrollo humano, caracterizada por múltiples transformaciones que impactan en la manera en que el sujeto se percibe a sí mismo y se relaciona con el mundo. Este período, que ha sido abordado desde diversas disciplinas como la psicología, la sociología y la medicina, no puede abordarse únicamente desde una perspectiva biológica, sino que también debemos tener en cuenta sus dimensiones social, simbólica y cultural.

La adolescencia, como construcción social, es un periodo que abarca desde aproximadamente los 11 años hasta los 19-20, marcando el comienzo de una etapa de profundos cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Este período comienza con la pubertad, un proceso biológico que incluye el desarrollo de características sexuales secundarias, el aumento en la estatura y los cambios hormonales. Dicho proceso, marca el inicio de la adolescencia e implica una serie de transformaciones físicas rápidas, que ocurren en una secuencia determinada e influyen de forma significativa en la experiencia del adolescente. Aunque la edad de inicio puede variar según factores individuales, culturales y contextuales, esta transición señala el ingreso en una etapa clave del desarrollo humano, donde se comienza a redefinir la identidad personal y social (Papalia et. al., 2012, p. 354). Los autores Antequera, Di Biase y Romero (2023), por su parte, describen esta etapa como “la época de la muerte de la infancia, recorrido anterior a la adultez que provoca síntomas en una sociedad en crisis” (p. 26). Así mismo, Lorenzo (2020) citando a Calabuig, et al. (2002) escribe que, “la adolescencia, con los avatares de los cambios corporales, de la reorganización edípica, de los procesos de separación-individuación, de reestructuración identitaria, es el momento que con mayor frecuencia pueden aparecer los trastornos de la conducta alimentaria” (p. 247) y tomando a Várela (1999) sostiene que la anorexia nerviosa y la adolescencia presentan rasgos en común, como la alteración en la percepción del cuerpo, una inclinación hacia la acción, tensiones en torno a la dependencia y la autonomía, así como conflictos relacionados con la identidad y la identificación sexual, entre otros aspectos (p. 13).

A partir de lo dicho por los distintos autores citados previamente, podríamos pensar la adolescencia como una etapa con profundas transformaciones -no solamente biológicas, sino también psíquicas y comportamentales-, la cual se presenta como un terreno fértil para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, los cuales emergen como posibles

expresiones de los conflictos, tanto internos como externos, a los cuales se enfrentan los adolescentes. Resaltó, además, la importancia de considerar esta etapa como especialmente vulnerable, en la cual lo social y lo subjetivo se funden en un malestar emocional.

Dentro de este contexto, el cuerpo del adolescente ocupa un lugar clave en la formación de la identidad, funcionando como un espacio donde se manifiestan luchas internas, particularmente vinculadas a la imagen corporal. Las transformaciones físicas propias de la pubertad pueden favorecer una visión negativa sobre el propio cuerpo. Como señalan Papalia et. al (2012), retomando a Susman y Rogol (2004), “Debido al incremento de grasa corporal durante la pubertad que se produce en las niñas, muchas (...) se sienten desdichas con su apariencia, lo cual refleja la importancia cultural que se otorga a los atributos físicos femeninos” (p. 364). Tal como se advierte, “la preocupación excesiva por el control del peso y la imagen corporal puede ser un síntoma de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa (...) sobre todo entre las adolescentes y las mujeres jóvenes” (p. 364). Estas manifestaciones pueden entenderse como modos de canalización de angustias ligadas a la autoimagen, el reconocimiento social y la aceptación personal en una etapa vital atravesada por redefiniciones identitarias. A decir de Tubert (2000)

“al mismo tiempo que aumenta la incidencia de los trastornos de la alimentación surge la preocupación por los casos extremos de quienes han llegado a obsesionarse o han ido demasiado lejos en el intento de hacer coincidir su cuerpo con la imagen ideal” (p. 264).

Muchos de los cambios que se producen en la adolescencia, no son vividos como procesos naturales, sino que, contrariamente, son fuente de malestar constante. Los trastornos aparecen, entonces, como respuesta sintomática a esta demanda y construcción social, en una cultura que privilegia la imagen por sobre el deseo y la singularidad.

En concordancia con esta perspectiva, Correa (2014) cita a Janin (1994), quien sostiene que los adolescentes atraviesan no solo transformaciones físicas, sino también modificaciones profundas en sus intereses, en su autopercepción y en sus vínculos, lo cual implica procesos de ajustes y desajustes. En esta línea, los autores Neves y Hasson (1994) advierten sobre la importancia de atender cuidadosamente esta etapa, ya que las exigencias propias del desarrollo adolescente pueden intensificarse, dejando al sujeto sin recursos psíquicos adecuados para afrontar dichas exigencias de la mejor manera posible. A lo largo de esta

transición, el adolescente se ve confrontado con la pérdida de su identidad infantil y de los referentes que la sostenían, al mismo tiempo que se le exige construir una nueva identidad acorde a su ingreso en el mundo adulto (Correa, 2014, p. 4). En este contexto, no es extraño que emerjan trastornos alimentarios como expresión de distintas tensiones internas. Los trastornos alimentarios pueden entenderse, entonces, no sólo como problemáticas médicas, sino como manifestaciones simbólicas de tensiones identitarias propias de esta etapa del ciclo vital.

El acompañamiento de los trastornos alimentarios, tanto de los vínculos cercanos del individuo, como del terapeuta, especialmente durante la adolescencia, resulta fundamental tanto para el reconocimiento temprano del síntoma como para la construcción de un entorno emocionalmente disponible que pueda sostener dicho trastorno. Este acompañamiento brinda al adolescente un lugar de sostén, de reconocimiento y de sentirse contenido dentro de un vínculo confiable y estable. Lejos de perseguir el control o el juicio, se trata de habilitar un espacio de escucha y presencia constante, capaz de contrarrestar el vacío y la indiferencia que muchas veces acompañan a estos cuadros.

Cosenza (2018), por su lado, sostiene que

“Como síntoma social, la anorexia encarna de manera radical los valores de la sociedad posmoderna como civilización de la imagen centrada en el ideal del cuerpo delgado, y la bulímica representa paradigmáticamente en el campo alimentario el valor superyoico del consumo, de acuerdo con la definición de la sociedad posmoderna como sociedad de consumo” (p. 37).

Esta frase remarca la idea de que los trastornos alimentarios no solo corresponden a una problemática individual, si no que reflejan la problemática social actual, ya que el ideal de cuerpo promovido por la cultura visual, conlleva a la búsqueda de distintas prácticas orientadas a conseguirlo. A su vez, en la bulimia vemos como el exceso se encuentra asociado al propio consumo contemporáneo.

Los mecanismos de defensa en la estructuración del psiquismo

Para comprender los mecanismos de defensa y su papel en los trastornos alimenticios, es fundamental remontarse a los primeros momentos de la vida del sujeto, ya que es allí donde

comienza a estructurarse su mundo psíquico. Al nacer, el niño depende del cuidado materno para adaptarse a sus necesidades, garantizando su vida y desarrollo. La primera experiencia de satisfacción del bebé ocurre durante la lactancia y la repetición de esta necesidad genera tensión, marcada por desesperación y angustia. Asimismo, las exigencias de la realidad comienzan a confrontar al niño con la falta y la pérdida, y es esa falta la que, según Freud (1923), impulsa el desarrollo psíquico del sujeto. Cuando al niño no se le permite abandonar ese lugar fálico y/o no soporta la pérdida, entonces “(...) estará atrapado y alienado a la madre, en una ilusión de autosuficiencia” (Correa, 2014, p. 5).

Por otro lado, como plantean Álava Alcívar y Álava Alcívar (2018) tomando a Freud, los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras. Estas “se manifiestan como resistencias para no hacer conscientes el contenido que el Yo ha mantenido inconsciente para mantener el equilibrio mental (...)” (p. 3). Sin embargo, al identificar estas resistencias y los mecanismos de defensa que las mantienen, se abre una oportunidad para progresar en la terapia y, por ende, aliviar el sufrimiento que llevó al paciente a buscar ayuda (p. 3).

Como se planteó más arriba, los mecanismos de defensa son procesos psicológicos inconscientes que las personas utilizan para protegerse de emociones dolorosas y/o inaceptables. En el contexto de los trastornos alimentarios, mecanismos como la negación y la identificación proyectiva juegan un papel crucial en la manifestación y mantenimiento de dichos trastornos. En su artículo, Correa (2014), plantea que el mecanismo de la negación “es esencial para la permanencia en el lugar de la falta y, consecuentemente, del disfrute” (p. 8). Es decir, que la negación actúa como una defensa que permite al sujeto mantenerse en la postura de carencia y no enfrentar y resolver dicha “falta”. Al quedarse en esa postura, el sujeto continúa obteniendo placer (inconsciente) de dicha situación.

Resulta pertinente, a su vez, plantear la posibilidad de que la anorexia y la bulimia en sí mismas, también funcionan como un mecanismo de defensa para el sujeto. Perez (2015) escribe que Singer (s.f) “plantea la anorexia como mecanismo de defensa (...) adentro-afuera, donde el yo se protege de angustias primitivas y de una relación con el otro amenazadora (p. 12).” Podríamos interpretar, entonces, que la anorexia puede entenderse como una forma defensiva frente a las demandas del exterior, sobre todo frente a las presiones sociales por las cuales el sujeto se siente atravesado. No se trata solamente de qué mecanismos intrapsíquicos como la negación y/o la proyección identificativa permitan que los TCA se manifiesten y

mantengan, sino que tanto la anorexia como la bulimia se configuran como respuestas defensivas, ante exigencias o amenazas que provienen del entorno.

Negación y su papel en la anorexia y bulimia

En su texto “El ello y el Yo”, S. Freud (1923) describe que en las primeras etapas del desarrollo, la mente es quien evalúa los estímulos como buenos o malos en función del placer o displacer que le generan. Lo que produce placer tiende a ser incorporado, mientras que lo displacentero es rechazado. Este constituye uno de los juicios más primitivos que realiza el yo en sus inicios (p. 254).

En este mismo texto, describe que “La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido; en verdad, es ya una cancelación de la represión, aunque no, claro está, una aceptación de lo reprimido” (p. 253). Es decir, que, al negar algo, el sujeto está, en el fondo, admitiendo que ese contenido existe en su mente, aunque no lo acepte conscientemente. A su vez, en el Diccionario del Psicoanálisis (1994), dicho concepto se define como el “procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca” (p. 233). Según plantean Bornhauser y Rosales (2015), Freud, describe dos posibles vías de desarrollo de la negación. La primera es, como se planteo más arriba, que “la negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido” (p. 41), es decir, que aunque el sujeto reconozca que hay ideas y/o pensamientos reprimidos, estos no son suyos. A través de la negación, el contenido reprimido logra emerger a la consciencia, pero la mente lo mantiene a raya al rechazarlo. Otra posible vía de desarrollo corresponde a la desmentida y/o renegación. Para el psicoanalista austro-hungaro, este tipo de negación no afecta al pensamiento y sus símbolos, sino que a la realidad misma. Permite que un deseo, cuya frustración sería intolerable, parezca cumplido, lo cual causa un error en el juicio de la realidad, ya que el deseo inconsciente domina (p. 41-42). Asociando lo dicho anteriormente a los TCA, podríamos decir que, tanto el rechazo a la comida como la distorsión de la imagen corporal manifiestan una negación del verdadero conflicto que el sujeto está padeciendo internamente.

En 1938, Freud, desarrolló el concepto de negación como forma de escisión. Aquí escribe,

“El yo del niño se encuentra, pues, al servicio de una poderosa exigencia pulsional que está habituado a satisfacer, (...) debe decidirse: reconocer el peligro real,

inclinarse ante él y renunciar a la satisfacción pulsional, o desmentir la realidad objetiva, instalarse la creencia de que no hay razón alguna para tener miedo, a fin de perseverar así en la satisfacción” (p. 275).

Lo que se plantea aquí es que el sujeto, se enfrenta a un choque entre una exigencia pulsional (lo que podríamos asociar con la necesidad de control, la delgadez extrema, que se busca en los TCA detallados en este trabajo) y una realidad objetiva (la pérdida de peso, hambre), sin embargo, lo que el autor explica es que el sujeto no elige una de las dos opciones, si no que “responde al conflicto con dos reacciones contrapuestas, ambas válidas y eficaces” (p. 275). Mientras una parte reconoce la realidad (el sufrimiento físico, el control obsesivo), la otra la niega para no renunciar al deseo (no reconoce estar excesivamente delgada o en riesgo).

Anna Freud (1994), hija del psicoanalista austro húngaro, advierte que “cuanto mayor importancia tenga este mundo como fuente de placer y campo de interés, tanto mayor serán las posibilidades de experimentar el displacer” (p. 78), estableciendo una relación entre el valor otorgado al mundo externo y la vulnerabilidad ante el sufrimiento. En mi opinión, esta frase, a pesar de los años desde la que fue escrita, describe perfectamente el contexto actual, en el cual las redes sociales se constituyen como un espacio central de validación y exposición, y en el cual el cuerpo como objeto de deseo tiene un gran valor. Esta sobreexposición y dependencia externa no solo aumenta la posibilidad de experimentar displacer sino que también actúa como un factor de riesgo en la aparición y mantenimiento de trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes.

Por su parte, Lacan, quien es citado por Cosenza (2018), plantea que lo que causa el goce anoréxico es el objeto nada (*nada*) (p. 23). ¿Pero qué es el objeto *nada* en sentido lacaniano? Lo intentaré explicar a continuación.

Cómo desarrolla en su libro Cosenza (2018), el “objeto nada” tiene un doble carácter, es decir, cumple dos funciones diferentes:

“Por un lado, el *nada* en su condición de *objeto en función de deseo*, (...) anclado en la castración simbólica y coordinado con la función fálica. Éste es el lado del objeto *nada* que encontramos en la clínica de la histeria. (...) Esta función del *nada* está ciertamente presente en la anorexia histérica y en la falicización de la delgadez que le es propia, y

está en la base de lo que hemos llamado función metafórica del rechazo como demanda de deseo” (p. 127).

Dicho en otras palabras, cuando el “objeto nada” es visto como objeto función de deseo, se encuentra representando un vacío simbólico que genera deseo. En el caso de la anorexia histérica, el acto de no comer no está relacionado a la comida en sí, sino a que al no comer, el sujeto está mandando un mensaje al Otro, le está queriendo decir algo. El rechazo pasa a ser parte de una demanda de ser querido por el otro, ser reconocido.

La otra manera de expresarse que posee este objeto nada, es “en función de goce” (p. 127). En esta manera de manifestarse, cuando la anoréxica no come, no está buscando mandar un mensaje si no que busca obtener una satisfacción directa. Jacques Alain-Miller, tomando las últimas enseñanzas de Lacan, habla de “Goce Uno”, es decir, una forma cerrada y autista de goce, donde el sujeto busca mantenerse indiviso, sin ceder nada al Otro. Y como dice Cosenza (2018) “Es esta vertiente del *nada* la que es preponderante en la clínica de la anorexia mental” (p.128).

Más adelante en su libro, el autor italiano afirma que dicho “objeto nada” se distingue de otros objetos del psicoanálisis (como el pecho, la voz) ya que no se puede ubicar, “es el único objeto no localizable de manera específica en una específica zona erógena del cuerpo” (p. 132), sin embargo, en relación con la anorexia, lo encontramos asociado a la zona oral, ya que es por la boca por donde pasa la comida.

Por otro lado, Ferrari (2010) escribe “Se entiende porqué Lacan (1995) dice: lo importante no es que el anoréxico no come, sino que come nada. Nada es el objeto de deseo, de nada. El anoréxico se deleita en comer nada, lo otro que no existe, el vacío” (p. 294).

En cuanto a la bulimia, según Lacan (1956-1957), detallado por Cosenza (2018), podemos hallar tres particularidades:

“a) la demanda de amor del sujeto, b) la frustración de dicha demanda por parte del Otro al que el sujeto se dirige para obtener una señal de su amor, c) y, por último, la compensación (imaginaria) de tal frustración de la demanda de amor, que se produce a través del consumo por parte del sujeto del objeto real de la necesidad” (p. 106).

Sin embargo, el autor italiano expresa que estos planteamientos lacanianos deben ser nuevamente cuestionados, teniendo en cuenta tanto la enseñanza del mismo autor así como también la clínica actual donde dicho síntoma se pone en juego. Por esto mismo, plantea que, en primer lugar, la bulimia no se puede entender sólo como una respuesta emocional a algo, sino que “siempre lleva consigo en la raíz un núcleo singular de goce” (p. 106). Es decir, en la bulimia, el sujeto encuentra un disfrute inconsciente el cual hace que el síntoma persista. Por tanto, para poder comprenderlo, es necesario, poner el foco en cómo el sujeto se vincula con el deseo de ser amado (función simbólica de la demanda de amor) así como también, en cómo encuentra goce en dicho síntoma. Más adelante, hace foco en la importancia de mirar el todo y no solo algún hecho en particular, como puede ser el vomitar o el comer en exceso, ya que es necesario comprender cuál es la función que cumple el síntoma dentro de la estructura psíquica del sujeto. El número que muestra la balanza, por ejemplo, es para algunos sujetos fundamental, y por tanto no debe ser minimizado por el analista. Por último, para poder comprender la bulimia actual, postula, que es necesario tener en cuenta que vivimos en un mundo capitalista avanzado el cual promueve constantemente la satisfacción inmediata, produciendo una “difusión epidémica” de dicho trastorno, ya que, retomando a Lacan en Radiofonía, el capitalismo es una “economía insaciable de goce fallido” (p. 107). Dicho de otra manera, el mundo capitalista en el cual vivimos nos empuja a consumir constantemente (comer compulsivamente) sin lograr nunca una satisfacción real (llenar el vacío).

Negación y evitación del conflicto emocional

En su artículo, Correa (2014), plantea que el mecanismo de la negación “es esencial para la permanencia en el lugar de la falta y, consecuentemente, del disfrute” (p. 8). Osea que la negación actúa como una defensa que permite al sujeto mantenerse en la postura de carencia para no enfrentar y resolver dicha “falta”. Al quedarse en esa postura, el sujeto continúa obteniendo placer (inconsciente) de dicha situación. De este modo, el/la adolescente puede afirmar que “no le ocurre nada”, que “se alimenta con normalidad” o que “no está tan delgado/a”, mientras que en paralelo lleva adelante conductas compulsivas en torno al cuerpo o establece rituales alimentarios rígidos y extremos.

En casi todos los sujetos que padecen un TCA, se observa un rechazo de la realidad de dicho problema así como una minimización o ignorancia de los efectos negativos que tiene el trastorno en su salud física y emocional. Dicho mecanismo también puede llevar a una

resistencia a buscar ayuda ya que la persona no reconoce que la necesita, no logra darse cuenta que está pasando por dicho trastorno. Esta resistencia a buscar ayuda también implica no enfrentar la realidad de la situación, ya que aceptar que se padece un trastorno alimentario puede generar en él/ella un miedo a ser clasificado dentro de determinado grupo y por lo tanto excluido, o marginado dentro de su grupo de pares.

La autora, plantea que tanto en la anorexia, como en la bulimia, lo que se manifiesta es un problema relacionado al dominio y control (en exceso o en falta). Sin embargo, en ambos casos, lo que resalta es la intención del paciente de defenderse y “de salir de la condición en que se encuentra dominada, anulada, “engullida”” (p. 12). Rechazar o expulsar el alimento puede considerarse como la única forma de rebelión, de poder decir no al Otro (Correa, 2014). En otras palabras, el mecanismo de negación es fundamental para que una persona pueda desarrollar y mantener su propio sentido de identidad y subjetividad.

Recalcati en su libro “Clínica del Vacío” (2003) plantea que, en sus formas más extremas, “el sacrificio y la privación pueden aparecer como modalidades de goce superyoico del vacío que llegan a sexualizar la renuncia” (p. 12). Dicha cita da cuenta de que, en lo que respecta al planteo del psicoanálisis, el superyó no solo ordena obedecer, sino también gozar, incluso si eso implica sufrimiento para el sujeto —goce que puede asociarse a la pulsión de muerte. En estos casos, la renuncia a la comida puede generar una forma de satisfacción, en tanto se alcanza un objetivo idealizado (por ejemplo, la delgadez). El autor plantea que la meta pulsional es el vacío, no porque el objetivo de la anorexica sea comer menos, sino por el acto en sí mismo, el acto de vaciarse, el no comer se vuelve el fin en sí mismo. Sin embargo, “(...) este goce del vacío no anula en absoluto el sujeto del deseo” (p.12).

Si bien, esta lógica del vacío se manifiesta de manera radical en la anorexia, podríamos usar estos pasajes para pensar la bulimia, trastorno en el cual el ciclo de atracón y vómito inducido reproducen simbólicamente ese ida y vuelta de llenado y vaciado. En la bulimia, el acto de ingerir grandes cantidades de comida busca colmar un vacío interno, mientras que el vómito opera como una forma de negación o rechazo de ese llenado, restableciendo la fantasía de control y pureza. Así, la/el bulímico se debate entre el intento de tener el cuerpo deseado, y para ello expulsar aquello que lo impide (la comida) y el deseo de gratificación, efecto que se busca a través del atracón; dinámica que reproduce la dialéctica entre idealización y persecución. Podríamos decir, entonces, que el sujeto queda atrapado en una especie de círculo vicioso de búsqueda de gratificación y castigo.

Proyección identificativa y su expresión en la anorexia y la bulimia

El concepto de proyección identificativa no es descrito por Freud, sin embargo, los mecanismos de proyección e identificación anticipan la idea, y es Melanie Klein, quien, tomando dichos conceptos, los reformula para explicar la relación temprana entre el bebe y la madre, donde partes del yo se proyectan en el objeto externo.

La autora, en su texto "*Envy and gratitude & other works*" (1975) plantea que una de las funciones más tempranas del yo es hacer frente a la ansiedad, la cual entiende no sólo como una respuesta a lo externo, sino que "la ansiedad surge de la actuación del instinto de muerte dentro del organismo" (p. 4). Dicha ansiedad se liga a lo que Klein define como "(...) un abrumador objeto incontrolable" (p. 5). En el contexto de la anorexia y la bulimia, este objeto podría estar simbólicamente representado por el propio cuerpo. Asimismo, la autora establece que no se puede escindir al objeto sin escindir también al Yo, generando que los sentimientos y fantasías hacia los objetos internalizados -en estos casos, el alimento o cuerpo idealizado- incidan directamente en la estructura del Yo. En los TCA, podríamos notar esta escisión en la fluctuación entre el control extremo (ayuno, restricción) y el descontrol (atrachón, vómito).

En su texto, Klein, desarrolla los conceptos de escisión, idealización y negación con respecto a la relación del niño con su madre "(...) debemos recordar que en estados de gratificación los sentimientos de amor se dirigen hacia el pecho gratificador, mientras que en estados de frustración el odio y la ansiedad persecutoria se ligan al pecho frustrador" (p. 6). Dicho de otra manera, cuando el niño está gratificado, idealiza el objeto -al cual denomina simbólicamente "el pecho"-, mientras que cuando no recibe lo que espera, se frustra y siente odio o miedo hacia lo mismo que antes lo gratificaba, denominándolo "pecho frustrador". Lo que destaco de este planteo es cómo las emociones pueden ser tan intensas y contradictorias desde muy temprana edad, y como podemos trasladarlo a la contradicción que se presenta en los TCA en cuanto al comer-no comer. En la anorexia, la comida representa al mismo tiempo algo deseado como temido: el comer puede producir satisfacción inmediata, para luego, ser sentido como una amenaza a ese cuerpo ideal al que se busca llegar. Por el lado de la bulimia, se presentan rituales cíclicos de ingerir y expulsar. A su vez, al hablar de la identificación proyectiva, la autora, la describe como "una forma especial de identificación que establece el prototipo de una agresiva relación de objeto. Empero, no son sólo las partes malas del yo las que se expulsan y proyectan, sino también partes buenas del yo" (p. 8). Klein trata estos temas refiriéndose al vínculo del bebe con la madre, pero luego agrega "Muy pronto estos procesos se

extienden a otras personas y el resultado puede ser una extrema dependencia de estos representantes externos de las propias partes buenas” (p. 9).

Si llevamos lo planteado por la autora a los trastornos alimentarios, podríamos decir que estas proyecciones se dirigen al propio cuerpo, a la comida y/o en algunos casos a ciertas figuras significativas para el sujeto (madre, padre, un par), generando una gran dependencia a estos objetos externos, los cuales se convierten en reguladores del valor propio. En los TCA, la mirada del Otro (tanto real como internalizada) determina la manera en la que el sujeto se ve a sí mismo y por lo tanto, como se trata. Debemos tener en cuenta, que como plantea Klein (1975) “(...) este yo debilitado se vuelve también incapaz de asimilar sus objetos internos, lo que conduce al sentimiento de que es dominado por ellos” (p. 11). Muchos de los sujetos que padecen un TCA, sienten que este trastorno, aunque no sea nombrado como tal, los controla, y que por más que quieran cambiar, no lo logran. No son ellos los dueños de sus actos, si no que eso que les pasa los domina, es más fuerte que ellos. El sujeto mantiene una relación persecutoria con su propio cuerpo, en el cual deposita aspectos indeseables del yo (como la agresión, el deseo o la falta de control). De este modo, el cuerpo se convierte en un objeto extraño, separado, sobre el cual se actúa compulsivamente. Esta dinámica dificulta la posibilidad de elaboración psíquica, ya que el yo escindido mantiene relaciones rígidas y fragmentadas tanto con sus objetos internos como con los externos, contribuyendo a la manifestación y mantenimiento del trastorno alimentario.

A su vez, a partir de lo planteado por Klein (1968), podríamos decir que los TCA pueden ser también el resultado de una lucha defensiva del sujeto contra ciertas ansiedades, las cuales realiza a través del control del cuerpo y de la comida. A decir de la autora “La identificación proyectiva es la base de muchas situaciones de ansiedad” (p. 11). Tanto en la anorexia como en la bulimia, los síntomas expresan no solamente cierto malestar sino que cumplen una función estructurante frente a un Yo frágil y fragmentado.

Para definir este mecanismo de defensa, también podemos tener en cuenta lo que se desarrolla sobre él en el Diccionario de Psicoanálisis (1994) “operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos (...) que no reconoce o rechaza en sí mismo” (p. 306). Dicho de otra manera, los sujetos interpretamos y reaccionamos ante nuestro entorno basándonos en una variedad de factores personales los cuales pueden llevarnos a no aceptar ciertos deseos o tendencias, porque nos resultan incómodas o inaceptables; y por lo tanto se las atribuimos a otros.

¿Por qué es importante tener en cuenta este mecanismo en relación a la anorexia y la bulimia? Considero que esta importancia está dada por el hecho de que los sujetos con estos trastornos suelen proyectar en los otros la culpa y/o vergüenza que sienten tanto de su cuerpo, de los atracones y/o de los vómitos, creyendo que esa crítica proviene del exterior. Como plantea el autor Recalcati (2014) “(...) la especularización encuentra un obstáculo: la mirada del Otro se burla, ofende, muestra un daño en la imagen” (p. 110). El sujeto proyecta en la mirada del Otro una imagen crítica y ofensiva, para luego, identificarse con esa imagen dañada, lo que alimenta la distorsión corporal y el rechazo de su cuerpo. Esta creencia puede llevar al adolescente a tener enfrentamientos con aquellos que quiere y lo rodean, lo que puede exacerbar el trastorno alimentario. A su vez, este mecanismo puede ser utilizado como una forma de reforzar la imagen negativa que tiene el sujeto de sí mismo, así como las creencias distorsionadas sobre su cuerpo y con lo que se alimenta. Si el problema está en el exterior, el sujeto puede mantener su autoimagen como está, ya que él no tiene nada que cambiar. Esto, a su vez, dificulta la superación de dicho trastorno alimentario ya que al no ser consciente de lo que le está ocurriendo, no puede hacerse responsable y busca una salida de manera activa.

Cuando en este trabajo se plantea que la identificación proyectiva favorece la manifestación y mantenimiento de los trastornos de la anorexia y la bulimia nerviosa, no es una referencia solamente a cuando el sujeto se identifica con un Otro, sino que también puede existir identificación con un objeto, la comida.

La comida, aquel objeto tan temido en la anorexia y el cual la bulímica consume sin parar, se presenta como objeto transicional que falla en su función de separación. “Porque este objeto contiene todavía demasiado del Otro materno. (...) El fracaso de la función simbólica del objeto que encontramos regularmente en la bulimia, en la anorexia, en cambio, está reemplazado parcialmente por la nada” (p. 84). Los pacientes bulímicos proyectan en la comida aspectos del Otro materno, como el amor, el control, la exigencia, pero sin lograr la separación de la misma, lo que alimenta la compulsión. Por otro lado, en la anorexia, el *nada* cumple esa función de corte, convirtiéndose en el objeto sobre el cual se proyecta, “comer *nada*”. (Recalcati, 2004).

Por su lado, Cosenza (2014) plantea que “(...) en la anorexia lo que predomina es la alienación especular del sujeto a la imagen ideal del cuerpo de otro respecto del cual el propio es siempre excesivo, siempre demasiado gordo (...)” (p. 100). Este pasaje demuestra cómo el sujeto proyecta en un Otro -una imagen ideal-, aquel estándar inalcanzable -cuerpo delgado-, al

que quiere llegar, para luego identificarse con ese cuerpo fallido -el suyo- que no alcanzó lo que buscaba. El sujeto queda atrapado en ese ideal que le viene de afuera -la cultura, las redes sociales, la familia-, midiendo y juzgándose a sí mismo en relación a esa imagen idealizada. Cuando estas imágenes no coinciden, aparece el rechazo, el sufrimiento y por tanto el síntoma.

A su vez, todos los sujetos al nacer, somos objeto de proyecciones que nuestros padres o adultos referentes hacen sobre nosotros. “En el tiempo de la infancia el sujeto es fundamentalmente el objeto de la voluntad del Otro (...). El niño se identifica al significante de la demanda del Otro, a aquello que el Otro quiere de él” (p. 123). Así, puede suceder que el sujeto quede capturado por lo que el Otro desea, proyecta sobre él y por tanto no quede espacio para construir su propio deseo. El sujeto queda identificado con ese lugar proyectado por el Otro, generando una especie de alienación subjetiva que luego puede ser expresada en el cuerpo a través del síntoma alimentario (Recalcati, 2004). Con respecto a los vínculos familiares, Cosenza (2014) establece que “(...) los vínculos familiares en la clínica de las patologías alimentarias se presentan en general, bajo la forma de vínculos narcisista-especulares, que sostienen una economía de goce de circuito cerrado sin mediación simbólica” (p. 48). En este tipo de vínculos, es que el sujeto proyecta su propio goce, su culpa, su angustia para luego identificarse con el rol de “objeto” que sostiene esa estructura. Las/os pacientes anoréxicas y/o bulímicas no sólo rechazan el alimento, sino que ocupan una posición que responde a algo que ha sido proyectado en ellos como el malestar del Otro, su falta o su demanda inconsciente, para vivirla como propia.

Conclusiones finales

Todo lo expuesto previamente evidencia que tanto la negación como la identificación proyectiva desempeñan un papel central en la manifestación y mantenimiento de los trastornos alimentarios, particularmente en la anorexia y la bulimia. Dichas defensas psíquicas evitan el contacto con vivencias dolorosas, emociones difíciles de aceptar, así como con una realidad que resulta angustiante, al mismo tiempo que sostienen el síntoma.

La negación, tanto cuando se expresa como rechazo del cuerpo, del hambre o del mismo trastorno, permite sostener el goce en la falta, haciendo del vacío una fuente de placer -el hambre, la restricción, no son solamente una conducta, sino que son una vía para alcanzar un ideal, sostener una identidad, ejercer un control-. A su vez, la identificación proyectiva favorece que distintas partes indeseables del yo se depositen en aquello que se rechaza -el cuerpo, los alimentos- fragmentando la experiencia del sujeto y dificultando una elaboración simbólica del dolor.

Como intenté demostrar a lo largo del trabajo, la preocupación por el cuerpo no es nueva, sin embargo el uso de las redes sociales generan que esos cuerpos “bellos”, “delgados”, o las dietas del momento están más cerca que antes, más al alcance de la mano. Como plantea Cynthia Wila (2025) en su libro *La Crueldad*, “Se establece lo perfecto como valor fálico, como aquello que se debe alcanzar para *ser en el mundo*” (p. 216), y más adelante agrega “(...) el acceso a la belleza perfecta, (...) se traduce en una búsqueda infinita que promueve insatisfacción y frustraciones permanentes” (p. 218). Estas frases expresan como la “la belleza” -y por lo tanto tener un cuerpo hegemónico-, son considerados aquel objetivo a alcanzar para lograr la perfección, y por tanto, el ser alguien, ser querido, ser deseado por un Otro. Sin embargo, esta es una búsqueda sin fin ya que la perfección que se busca alcanzar no existe, y siempre se intentará ser más perfecta, más delgada, más “ideal”. Así, esta carrera sin fin lleva a la insatisfacción y por lo tanto al dolor, al sufrimiento. Wila (2025), retoma el postulado de Lacan sobre el estadio del espejo, momento estructurante en el cual el Yo comienza a formarse (p. 212). En este estadio, que ocurre entre los seis y dieciocho meses, el bebe comienza a reconocer su imagen reflejada en el espejo. Al finalizar esta etapa esa imagen es incorporada como propia, constituyendo así su Yo. En palabras de la autora “(...) este estadio, (...) configura la estructura del mundo humano, donde el chico se identifica con esa imagen que le viene de afuera a partir de la mirada de la madre y el reconocimiento de los demás (...)” (p. 213). A partir de esto y de lo planteado sobre las redes sociales, una posible

interpretación es que, las mismas, actúan como un nuevo espejo en el cual las personas buscan reconocerse y que los reconozcan. Lo que antes era un único reflejo, ahora se convirtió en una vidriera global donde la mirada del Otro, que ahora es anónima y masiva, se vuelve severa. El sujeto, ya no habita solamente su cuerpo, sino que lo observa, lo edita, lo somete a un juicio cruel y sin fin. Podríamos decir que esa sensación de completud que siente el niño al finalizar el estadio del espejo, debido al uso excesivo de las redes sociales, se convierte en una trampa que empuja al sujeto al sufrimiento, a un intento interminable de parecerse a aquello que ve en una pantalla, y que realmente no conoce.

Es importante tener en cuenta que todas estas manifestaciones no pueden solamente abordarse desde un enfoque médico centrado en el cuerpo, sino que resulta crucial afrontarlas teniendo en cuenta que son síntomas sociales de una época caracterizada por la sobrevaloración del cuerpo delgado, el consumo sin límites y la exigencia del control, a la cual están expuestos los sujetos, y sobre todo los adolescentes. El sufrimiento adolescente puede hallarse bajo la articulación de las condiciones culturales, familiares y subjetivas, lo que demanda una lectura clínica individual, compleja y situada.

A su vez, resulta pertinente traer a la luz el planteo de Recalcati (2004) de que “La clínica presenta cada vez con mayor frecuencia cuadros “mixtos” anoréxico-bulímico (que hace efectivamente muy adecuada la expresión anorexia-bulimia). El sujeto es impulsado al Ideal anoréxico del cuerpo-delgado” (p. 66). Como se planteó al principio de este trabajo, en la actualidad no es común encontrar una anorexia o bulimia “puras” o “de libro” ya que las y los pacientes no cumplen con todos los requisitos que están escritos en el DSM, sino que contrariamente, con mayor frecuencia se encuentran casos mixtos, donde los sujetos manifiestan rasgos de ambas estructuras, lo que exige una lectura más singular de cada caso.

Como parte fundamental del final de este trabajo, considero, es necesario dar luz acerca de porque es el psicoanálisis, dentro de todas las posibilidades, la mejor opción para tratar este tipo de trastornos. Domenico Cosenza (2014) escribe que

“Sólo el psicoanálisis está en condiciones de aproximar, (...), el trastorno alimentario a su estatuto de síntoma, tratarlo en función de la demanda simbólica que vehiculiza y del goce que encarna, hasta llegar al sujeto a asumir, aunque reduciendo su grado de manifestación fenomenológica, su incurabilidad estructural” (p. 46).

Dicha frase sostiene que más allá que otras disciplinas puedan tratar los trastornos alimentarios, al hacerlo, se quedarán en lo superficial o, tratarán de que el sujeto aprenda conductas para sobrellevarlo, pero no irán a lo más profundo del sujeto para comprender el porqué de lo que está sucediendo. Asimismo, como dijimos antes, los TCA no deben ser vistos sólo como un conjunto de síntomas (no comer, vomitar, realizar ejercicio excesivamente), sino como la expresión de un malestar emocional, los cuales cumplen una función dentro de la subjetividad del sujeto. En esta línea, el psicoanálisis no busca “curar” el síntoma como si fuera algo que se busca eliminar, sino que el objetivo del análisis es que, a lo largo del mismo, el sujeto pueda asumir las raíces estructurales del síntoma, y de que las mismas forman parte de cómo está construido su psiquismo; aunque no se eliminan del todo, los síntomas logran a partir de un análisis, disminuir su intensidad y su forma visible una vez que el sujeto logra hacerse cargo de lo que ocurre, colocándose en otro lugar y no solamente padeciendo. Esto mismo lo plantea Recalcati (2004), “Un elemento fundamental de la dirección de la cura en la anorexia-bulimia es la de hacer visible el riesgo mortal del cuerpo” (p. 20). En este sentido, es importante considerar al sujeto que se tiene delante en la clínica, que este logre dar cuenta de la posible gravedad de lo que le ocurre y acompañarlo en el proceso, el cual suele tener altos y bajos.

En el escenario actual, numerosos artistas han abordado la temática de las exigencias impuestas al cuerpo y los ideales estéticos, a través de producciones culturales como música, podcasts, arte visual y más. Una de ellas, la cantante americana Taylor Swift, fue citada con una frase de una de sus canciones al comienzo de este trabajo. La primera vez que escuché esa canción llamada “Anti-Hero”, sentí que esa letra expresaba el sentimiento de rechazo hacia uno mismo que muchas veces acompaña a quienes padecen trastornos alimentarios. La canción, escrita en primera persona, incluye frases como: *“It 's me, hi, I'm the problem, it 's me”*, donde la protagonista se posiciona como el origen del conflicto. Continúa diciendo *“I'll stare directly at the sun but never in the mirror”*, dejando entrever que no hay nada más difícil que mirarse al espejo, y que incluso es mejor mirar al sol directamente -quedando ciego- que mirarse a uno mismo en el espejo. Finalmente, la frase *“It must be exhausting always rooting for the anti-hero”* me resulta especialmente significativa. Su traducción literal —“Debe ser agotador siempre estar del lado del antihéroe”— puede interpretarse también como el esfuerzo constante de sostener aquello que daña. En este caso, el *anti-héroe* interpretado como el síntoma, es algo que a pesar de su carácter destructivo, se sigue eligiendo una y otra vez, aunque no se quiera conscientemente.

De manera adicional, y teniendo en cuenta la creciente cantidad de adolescentes -y también adultos- que transitan trastornos alimentarios, considero fundamental la posibilidad de incorporar talleres educativos sobre alimentación en los distintos niveles del sistema educativo. En general, gran parte del saber sobre cómo alimentarse se adquiere en el seno familiar, sin que ese conocimiento sea necesariamente cuestionado o revisado. Muchas veces, frases escuchadas en la infancia por parte de padres u otros adultos significativos, como “no como esto porque engorda”, “estás gordita/o”, “¿todo eso vas a comer?”, “así no te va a querer nadie” o “así no podés bajar a la playa”, dejan huellas que persisten en el tiempo. Aunque dichas expresiones puedan parecer inofensivas según quien las dice, tienden a instalar mandatos en torno al cuerpo, al deseo del Otro y al valor propio. Estas frases pueden volver a resonar en momentos clave de la vida, funcionando como puntos de apoyo para la aparición y el sostenimiento de un trastorno alimentario. Por tanto, la promoción de distintos espacios informativos, así como reflexivos podrían resultar no solamente preventivos sino también reparadores. De esta manera, talleres en los cuales se reflexione sobre el vínculo entre la comida y las emociones, así como el valor del cuerpo real y no la idealización del mismo, podrían ser beneficiosos.

Con estos talleres, más allá de buscar concientizar sobre estos tipos de trastornos, lo importante sería que al menos alguien se sienta identificado y que algo de lo trabajado le resuene, para así, más adelante, eso lo impulse a pedir ayuda o a hablar con algún adulto referente, lo que significaría que la intervención tuvo sentido. A veces, se necesita una sola palabra para abrir una puerta y que algo comience a transformarse, y el simple hecho de sentirse acompañado en lo que se siente, de saber que no le pasa solo a uno, puede ser el primer paso hacia la recuperación.

Referencias bibliográficas

Álava Alcívar, M. Á., & Álava Alcívar, J. L. (2018). Los mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud. *Revista Perspectivas*, 4(14). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/638/6383198006/>

Almenara, C. (2006). *Análisis histórico-crítico de la anorexia y bulimia nerviosas* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Antequera, Mariela M., Di Biase, G. y Romero, P. (2023). Anorexia: fracaso de la función paterna. Visión conexa al deseo del otro. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica. Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Bornhauser, N., & Rosales, P. (2015). Lugares de la negación en la obra freudiana,. *Revista Latinamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(1), 33-46.

Correa Vinhal, W. (2014). Anorexia y bulimia en la adolescencia: un enfoque psicoanalítico. *Desvalimiento Psicosocial*, 1(1).

Cosenza, D. (2018). *La comida y el inconsciente: Psicoanálisis y trastornos alimentarios*. NED Ediciones.

El País. (13 de diciembre de 2022). *Trastornos: todo por la comida*. <https://www.elpais.com.uy/domingo/trastornos-todo-por-la-comida>

Ferrari, H. (2010). Notas sobre la anorexia: la batalla por la comida. *Psicoanálisis APdeBA*, 32(2-3), 293-305. Recuperado de:

<https://www.psicoanalisisapdeba.org/autores/hector-ferrari/notas-sobre-la-anorexia-la-batalla-por-la-comida/>

Freud, A. (1949). *El Yo y los mecanismos de defensa* (1.ª ed.). Paidós.

Freud, S. (1923-25). *El Yo y el ello y otras obras*

Freud, S. (1937-1939). *Obras completas. volumen 23: Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras.*

Gómez Botero, G. (2003). *Clínica del objeto: la anorexia*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.

Hekier, M., & Miller, C. (1994). *Anorexia-bulimia: Deseo de nada*. Argentina: Paidós.

Jones, D., LaBouchardiere, J., Bird, C., & Richardson, J. (2020). NICE Nuggets: NG69 Eating disorders: Recognition and treatment. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 14(9), 580–582. <https://doi.org/10.1177/1755738020903757>

Klein, M. (1968). *Envy and gratitude & other works, 1946-1963*.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1994). *Diccionario de psicoanálisis*. (2.a ed.).

Lorenzo, M. (2020). *Factores incidentes en la anorexia nerviosa desde una perspectiva psicoanalítica* (Trabajo final de grado, Universidad de la República).

Lucciarini, F., Losada, A. V., & Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Avances En Psicología*, 29(1), 33-45. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348>

Ministerio de Salud Pública. (16 de Septiembre de 2022). *Trastornos de la conducta alimentaria*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/trastornos-conducta-alimentaria>

Perez, M. (2015). *Adolescencias y Anorexias, Aproximación a un Análisis Multifactorial*. (Trabajo final de grado, Universidad de la República).

Pantel, P. S. (1998). As refeições gregas, um ritual cívico. En Flandrin, J. L. y Montanari, M. (Eds.). *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.

Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*.

Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis*.

Recalcati, M. (2004). *La Última cena: anorexia y bulimia*.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>

Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. Debate Feminista. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/340043611_Anorexia

Villar del Saz Bedmar, M. y Baile Ayensa, J. I. (2023). La influencia de las redes sociales como factor de riesgo en el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosas durante la adolescencia. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 24, 141-168. <https://doi.org/10.51302/tce.2023.743>

Wila, C. (2025). *LA CRUELDAD: El origen de lo humano* (1.^a ed.). Editorial Paidós.