



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con
la vivencia conflictiva del amor materno.**

AUTORAS:

Avilés Camacho, Judith Analía

Cabrera Suárez, Nataly Doménica

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTORA:

Psic. Cl. Mackenzie Ugarte, Daniela Estefanía, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

4 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Avilés Camacho, Judith Analía; Cabrera Suárez, Nataly Doménica**, como requerimiento parcial para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA



**Daniela Estefanía
Mackenzie Ugarte**



f. _____

Psic. Cl. Mackenzie Ugarte, Daniela Estefanía, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 4 días del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Avilés Camacho, Judith Analía**
Cabrera Suárez, Nataly Doménica

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 4 días del mes de septiembre del año 2026

LAS AUTORAS

f. _____

Avilés Camacho, Judith Analía

f. _____

Cabrera Suárez, Nataly Doménica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Avilés Camacho, Judith Analía**
Cabrera Suárez, Nataly Doménica

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de septiembre del año 2026

LAS AUTORAS

f. _____

Avilés Camacho, Judith Analía

f. _____

Cabrera Suárez, Nataly Doménica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



Informe de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Proyecto - Cabrera y Avilés (2)

ID : 50e2596d50b64d5b69321fbefc62fa0a2fc53fe3



<1%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Proyecto - Cabrera y Avilés (2).txt
Tamaño del archivo original : 347 kB
Número de palabras : 54.719

Depositante : Daniela Estefania Machenzie Ugarte
Fecha de depósito : 21 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 21 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno.

Autoras: Avilés Camacho, Judith Analía ; Cabrera Suárez, Nataly Doménica

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Mackenzie Ugarte, Daniela Estefanía, Mgs.

TUTOR/A



Daniela Estefania
Mackenzie Ugarte



Time Stamping
Security Data

Guayaquil, a los 4 días del mes de septiembre del año 2026



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis amistades, quienes cada día fueron un lugar seguro en el que pude distraerme de lo malo, encontrar confort y un cariño incondicional que perdurará siempre. Gracias María Emilia, Daniela, Antonia, Bárbara y a mis Doménicas por siempre estar para mí y por hacer de la vida algo que se puede disfrutar junto a ustedes.

A mi mamá, Karla Camacho, quien además de haber sido un gran impulso para llegar hasta esta etapa, también es y seguirá siendo mi lugar incondicional de risas y de amor.

A Pedro Ortiz, quien me demostró que amar verdaderamente es posible.

Y, finalmente, a mi papá, José Avilés, quien me brindó apoyo y cariño constante, logrando ser un sostén significativo en esta etapa.

Judith Analía Avilés Camacho

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer infinitamente a Dios y al universo por colocarme y guiarme en este camino de vida que me llevó a elegir esta carrera, a mis amistades, y actualmente a culminar todo este proyecto.

A mis padres, por siempre haberme ofrecido su apoyo en todo, aunque representara un sacrificio enorme para ellos.

A mi abuelita porque fue la persona que estuvo para mí y me brindó fuerzas cuando sentía que todo estaba perdido, incluso aunque ya no esté en este plano físicamente.

A mi abuelo porque siempre ha sido una roca fuerte de apoyo en mi vida en los momentos cruciales de la carrera, incluso aunque él no lo sepa.

A mis hermanas por estar a mi lado durante toda mi vida y durante todo el proceso de redacción que fue una montaña rusa completa.

A mis amistades de la universidad, por ser mi familia, haber convertido toda la experiencia universitaria en algo inolvidable, y siempre pero siempre haber estado presente para mí a pesar de los eventos, obligaciones y la vida cotidiana.

A Melannie Calero, aunque no nos comuniquemos con frecuencia, especialmente durante el proceso de redacción, siempre está presente en mi mente y sé que puedo contar con ella cuando sea necesario. Su apoyo ha sido siempre incondicional.

A mi tutora de tesis Daniela Mackenzie, por su acompañamiento, orientación, dedicación y paciencia durante todo este proceso. Recién tuve la oportunidad de conocerla durante este trabajo de titulación y considero que es una persona sumamente preparada, comprometida y dispuesta a ayudar, cualidades que hicieron de este proceso una experiencia enriquecedora.

A mis profesores de la universidad que demostraron un semblante que me permitió desarrollar mayor confianza en mis conocimientos y en mi propia palabra. Gracias por haber sido grandes guías no solo en el ámbito teórico, sino también en mi formación como persona y como profesional.

Nataly Doménica Cabrera Suárez



DEDICATORIA

A mi mami, quien es un gran referente de perseverancia y persistencia a pesar de los obstáculos y quien influyó enormemente en mi significado del amor.

Judith Analía Avilés Camacho

Siempre he creído que las personas son un mosaico de todos aquellos a quien han amado a lo largo de su vida. He sido una persona muy afortunada al encontrarme con seres que han enriquecido mi existencia de manera significativa. ¿Qué sería de mí hoy sin la presencia de todos los que he conocido y han dejado huella? Es una pregunta que me hago constantemente. Por esta razón, quiero dedicar esta tesis a mí misma, a mi abuela y a las demás personas que amo.

A mí, porque a pesar de todo lo vivido y de las dificultades, siempre he logrado cumplir las metas que me he propuesto. Hasta el día de hoy, en los momentos más difíciles y cruciales he sido la única persona que nunca me ha faltado. Siempre he estado para mí, y hoy quiero reconocermelo por haber llegado hasta aquí.

A mi abuela, porque fue la primera persona que me demostró un apoyo incondicional desde el día cero. Gran parte de quien soy hoy se lo debo a ella, a su amor, sus enseñanzas y la marca que dejó en mi vida. No hubo deseo más grande que verla acompañarme en el momento de mi graduación y compartir con ella este logro. Hoy ya no se encuentra junto a mí en el plano corporal, pero nunca ha dejado de estar presente en mi vida. Ella vive en mí, en todo lo que soy y siempre será así.

A los que amo, por haber contribuido colocando las pequeñas piezas del mosaico que soy hoy. Creo firmemente que una persona puede salir adelante por sí misma, pero siempre se necesita una red de apoyo. Tener una red de apoyo presente merece ser reconocido porque tiene un valor incalculable. Todos tenemos ocupaciones y una vida, pero aun así estuvieron presentes para mí. Mi agradecimiento hacia ustedes es infinito y dedicarles esta tesis es una pequeña muestra de reconocer lo que su presencia ha significado para mí.

"Solo se ve bien con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos."

-Antoine de Saint-Exupéry, El Principito

Nataly Doménica Cabrera Suárez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psi. Cl. Colmont Martinez, Marcia Ivette, Mgs.

f. _____

Psi. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

f. _____

Psi. Cl. Baquerizo Duarte, Natalia María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AVILÉS CAMACHO, JUDITH ANALÍA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CABRERA SUÁREZ, NATALY DOMÉNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema	4
Preguntas de investigación	5
Pregunta general	5
Preguntas específicas	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Justificación	6
ANTECEDENTES	8
Internacionales	8
Norteamericanos	14
Sudamericanos	18
Nacionales	20
CAPÍTULO 1	25
VÍNCULO Y VIVENCIA CON EL OTRO MATERNO	25
Primeros vínculos y experiencias de satisfacción	25
Separación y constitución subjetiva	27
El Otro materno desde el psicoanálisis	32
<i>El Otro materno desde Sigmund Freud</i>	32
<i>El Otro materno desde Lacan: estrago y función del padre</i>	33
<i>El Otro materno desde los aportes poskleinianos</i>	34
Construcción de la relación con el cuerpo	34
CAPÍTULO 2	38
ANOREXIA.....	38
Definición de la anorexia	38
Características clínicas de la anorexia	40
Causas y consecuencias de la anorexia.....	41
<i>Factores biológicos</i>	41
<i>Factores psicológicos</i>	43
<i>Factores familiares y vinculares</i>	44
Definición de anorexia desde el psicoanálisis	45
<i>Concepción psicoanalítica de la anorexia</i>	46
<i>Comparación entre postura médica y postura psicoanalítica</i>	46
<i>Anorexia como síntoma</i>	47
<i>Deseo y demanda del Otro</i>	48
CAPÍTULO 3	49
RELACIÓN DEL VÍNCULO MATERNO CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA	49
El síntoma como respuesta al Otro.....	49
<i>Goce en el psicoanálisis</i>	50
<i>Anorexia como rechazo y control</i>	52
El cuerpo como escenario de inscripción del conflicto	53
<i>El cuerpo en la anorexia como un medio de expresión del malestar</i>	53
<i>Relación entre imagen corporal, deseo y demanda</i>	55
El síntoma como lazo con el Otro	57
<i>El síntoma como vía de expresión</i>	57
<i>Función del síntoma en la relación figura materna – hija</i>	58
<i>La anorexia como respuesta a la demanda del Otro</i>	59

CAPÍTULO 4	61
METODOLOGÍA.....	61
Enfoque de la investigación.....	61
Paradigma de la investigación	61
Método de la investigación	62
Población y participantes de la investigación	62
Criterios de inclusión	62
Criterios de exclusión.....	62
Procedimiento para el contacto con la población y participantes de la investigación	62
Consideraciones éticas	64
Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	64
CAPÍTULO 5	67
Presentación y Análisis de resultados.....	67
Presentación de resultados	67
Entrevistas a psicólogos.....	67
Análisis de resultados	94
Categoría 1: Rol del vínculo y vivencia con el Otro materno en etapas tempranas de la construcción de la relación del sujeto con el cuerpo y la alimentación	94
Categoría 2: Manifestaciones de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años	95
Categoría 3: Aspectos que evidencian el conflicto de la función materna con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años	96
Categoría 4: Recomendaciones de los profesionales para futuros abordajes terapéuticos	98
REFERENCIAS.....	103
ANEXOS.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorización de preguntas	65
Tabla 2. Descripción de la relación temprana entre la paciente y su figura materna	67
Tabla 3. Influencia del vínculo temprano en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación	70
Tabla 4. Manifestaciones de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años.....	72
Tabla 5. Expresión del conflicto con la figura materna en el discurso de las pacientes durante el proceso de atención.....	75
Tabla 6. Función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija.....	77
Tabla 7. Distinción entre los propios deseos de las pacientes de las expectativas de la madre .	80
Tabla 8. Diferencias entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto	83
Tabla 9. Estrategias e intervenciones que han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno	85
Tabla 10. Recomendaciones para iniciar el tratamiento de casos de anorexia respecto al eje materno	88
Tabla 11. Errores y riesgos que se tienen que evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia	91

RESUMEN

Este trabajo de titulación estudió la relación entre la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, empleando un enfoque psicoanalítico. La investigación fue relevante porque la anorexia representa un fenómeno clínico y social que afecta considerablemente la integridad física y psicológica de las adolescentes por lo que fue necesario comprender su dimensión subjetiva más allá de la conducta restrictiva. El objetivo general buscó analizar dicha relación mediante entrevistas a profesionales de la salud, con el fin de brindar orientación en posibles abordajes terapéuticos, para lo cual se pretendió describir el rol del vínculo materno en etapas tempranas, identificar manifestaciones de la anorexia, comparar los aspectos que evidenciaron su desencadenamiento y mantenimiento y proponer recomendaciones para la orientación terapéutica otorgada por los psicólogos entrevistados. Se empleó un enfoque cualitativo, de paradigma interpretativo, diseño fenomenológico, y alcance descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas aplicadas a diez psicólogos con experiencia en el tratamiento de anorexia en adolescentes mujeres. Los resultados indicaron que el vínculo materno sobreprotector, invasivo o distante influyó en la relación de las adolescentes con su cuerpo y alimentación; y que el síntoma anoréxico operó como recurso de separación y control frente a un Otro materno vivenciado como excesivo o ausente.

Palabras clave: Anorexia; Vínculo materno; Síntoma anoréxico; Relación con el otro; Deseo; Goce.

ABSTRACT

This capstone project examined the relationship between the conflictual experience of maternal love and the development of anorexia in adolescent girls ages 12 to 17, using a psychoanalytic approach. The research was relevant because anorexia is a clinical and social phenomenon that significantly affects adolescents' physical and psychological well-being, making it necessary to understand its subjective dimension beyond restrictive behavior. The main objective was to analyze this relationship through interviews with health professionals in order to provide guidance for possible therapeutic approaches. To that end, the study sought to describe the role of the maternal bond in early stages, identify manifestations of anorexia, compare the factors that showed its onset and persistence and propose recommendations for therapeutic guidance based on the contributions of the psychologists interviewed. A qualitative approach was used, within an interpretive paradigm, with a phenomenological design and descriptive scope, employing semi-structured interviews with ten psychologists experienced in treating anorexia in adolescent girls. The results indicated that an overprotective, intrusive, or distant maternal bond influenced the adolescents' relationship with their bodies and food, and that the anorexic symptom functioned as a means of separation and control in the face of a maternal Other experienced as excessive or absent.

Key words: Anorexia; Maternal Bond; Anorexic Symptom; Relationship With The Other; Desire; Jouissance.

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de titulación se enfoca en analizar la relación entre la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres desde los 12 a 17 años con un enfoque psicoanalítico. En base a la teoría psicoanalítica, se intenta otorgar una comprensión teórica que le atribuya a estos fenómenos una causalidad más allá de las interpretaciones conductuales.

Esta investigación corresponde con el Dominio Institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) Número 5: “Educación, comunicación, arte y subjetividad”, dentro del Grupo de Investigación “Psicología”, pertenece a la línea de investigación “Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos”. Este Dominio, le da reconocimiento al nivel subjetivo y a la elaboración de sentido, establece que se encuentran atravesados por diferentes aristas de la psicología, lo cual permite la comprensión profunda del sujeto, de su sufrimiento, el inconsciente y los vínculos interpersonales.

En lo que concierne al Plan Nacional de Desarrollo, específicamente el Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025, esta investigación se relaciona con el Eje Social, en específico con el Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Este objetivo desarrolla el imperativo de analizar la salud con una mirada integradora, donde se reconozca los factores físicos y psicosociales como aspectos de importancia para el entendimiento de trastornos alimenticios como padecimientos que relacionan el cuerpo y su subjetividad.

Con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización Mundial de la Salud, 2024), este proyecto se articula con el Objetivo 3: Salud y Bienestar. Este objetivo tiene como finalidad el asegurar una vida sana y la promoción del bienestar para todos los rangos de edad, privilegiando el rol que posee la salud mental para alcanzar un estado de bienestar general. A raíz de esto, se aclara el valor de la promoción de la salud mental para lograr una prevención idónea y un abordaje adecuado de fenómenos que atentan contra la calidad de vida de los individuos, entre ellos se encuentran los trastornos alimentarios.

Esta investigación se realiza utilizando un enfoque cualitativo, mediante el paradigma interpretativo y con un diseño fenomenológico, con el propósito de comprender la relación entre la vivencia conflictiva del amor y la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años. Siguiendo la orientación del psicoanálisis, este estudio indaga sobre cómo repercute la función

materna en el vínculo con la hija adolescente en el desarrollo del síntoma anoréxico, sin pretender atribuirle a la figura materna la responsabilidad culpabilizante de la causa del trastorno/síntoma. La recolección de información de este estudio se lleva a cabo mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a 10 psicólogos que cuentan con la experiencia en el tratamiento de anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años. Estas entrevistas otorgan una interpretación clínica que se relaciona con la teoría psicoanalítica en torno a la función materna, el cuerpo y la alimentación, y permiten una comprensión de la anorexia más completa.

Una de las limitaciones que posee el estudio es la disponibilidad de profesionales que hayan intervenido en casos de anorexia con la población específica que se plantea y su predisposición para contribuir con su experiencia a nivel clínico, ya sea por tratarse de un tema de alta sensibilidad, por el poco tiempo disponible o por el enfoque teórico psicológico que poseen.

La investigación cuenta con 5 capítulos:

Capítulo 1: Expone la forma en la que se desarrolla el vínculo con la figura materna desde los primeros años de vida, y cómo repercute eso en la constitución subjetiva y en la relación que tiene un sujeto con su cuerpo hasta llegar a la adolescencia.

Capítulo 2: Aborda las definiciones de la anorexia desde la orientación médica, cognitivo-conductual, sistémica, y psicoanalítica, incluyendo las causas, consecuencias y manifestaciones sintomáticas.

Capítulo 3: Desarrolla la articulación del vínculo materno con el surgimiento del síntoma anoréxico, entendiendo este síntoma como respuesta ante un Otro, donde intervienen conceptos tales como el goce, la demanda, el rechazo y control del cuerpo, y la función del síntoma.

Capítulo 4: Explora la metodología de esta investigación, el enfoque, paradigma, método fenomenológico, técnicas, instrumentos de recolección de información y población que cumple con los requisitos respectivos.

Capítulo 5: Organiza los resultados obtenidos en las entrevistas a los psicólogos vinculándolos con los rasgos del vínculo materno, las manifestaciones de la anorexia, la función del síntoma y las recomendaciones de los profesionales para el abordaje terapéutico.

Planteamiento del problema

En la contemporaneidad, se conciben a los trastornos alimentarios, específicamente a la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, bajo una lupa que responde a las perspectivas netamente médicas. A raíz de esto, esta investigación busca aportar una mirada psicoanalítica que otorgue un entendimiento sobre este fenómeno más allá del manejo de la alimentación como un problema conductual, dándole valor a la subjetividad de cada sujeto y su relación con el Otro. En esta investigación se atribuye como problema central la vivencia conflictiva del amor materno y su incidencia en el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres desde 12 hasta 17 años. Teniendo en cuenta que el amor es un concepto cuya estructuración en cada persona abarca la relación con el Otro, el deseo, la demanda, las formas de goce, entre otros elementos.

En investigaciones previas, se ha correlacionado la presencia de trastornos en la conducta alimentaria con la experimentación de un vínculo temprano con la madre que se tornó estragante. De acuerdo con Guerrero (2016), en el momento en que el Otro materno resulta intrusivo o devorador, propicia que la separación subjetiva no se dé correctamente, afectando así la constitución del deseo propio. Bajo esta propuesta, el vínculo con el Otro materno otorga un espacio donde el amor resulta invasivo y en exceso, lo que produce variaciones en cómo se vivencia el cuerpo y el deseo.

Pérez y Durango (2021) proponen que cuando en etapas tempranas se experimenta un Otro que responde demasiado a la demanda o que no la responde en lo absoluto, se imposibilita la construcción apropiada de la falta estructural afectando el surgimiento del deseo. Debido a que existe esta falla en la simbolización de la falta, el amor puede ser percibido como algo desmedido o como abandono, generando confusión al momento de diferenciar amor, necesidad y deseo. Es aquí donde la comida pasa a adquirir un significado equivalente al vínculo afectivo. De acuerdo con Argaña et al. (2016), es en el cuerpo donde recae la expresión de los conflictos en torno a la relación con el Otro, ya sea restrictivo como en la anorexia o ambivalente como otros trastornos alimenticios, las cuales son manifestaciones del goce propio del sujeto en la relación con el Otro. Por esta razón, la anorexia representaría un síntoma del sujeto que se relaciona con el Otro desde una modalidad de goce.

Esta configuración dificulta que el sujeto logre sostener su propio deseo, dejándolo en una posición de dependencia a la demanda del Otro, lo que ayuda a la incidencia de que exista una alienación subjetiva. De la misma forma afecta al cuerpo, porque este pasa a ser percibido

como un objeto a eliminar, controlar o educar, respondiendo a la mirada o demanda del Otro. Debido a esta razón, se presencia el deterioro de vínculos con la familia, amigos, pareja o conocidos y el propio retraimiento del sujeto, puesto que su síntoma pasa a asumir el lugar central en su psiquis.

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cómo se relaciona la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, según la experiencia de psicólogos clínicos?

Preguntas específicas

1. ¿Cómo el vínculo y la vivencia con el Otro materno en etapas tempranas interviene en la construcción de la relación del sujeto con el cuerpo y la alimentación?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, según la experiencia de psicólogos clínicos?
3. ¿Qué aspectos de conflicto en la función materna se relacionan con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años?
4. ¿Qué recomendaciones pueden proponerse para orientar la intervención terapéutica de psicólogos clínicos en el tratamiento de adolescentes mujeres de 12 a 17 años con anorexia?

Objetivo general

Analizar la relación de la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12-17 años, mediante entrevistas a psicólogos clínicos, para brindar orientación en posibles abordajes terapéuticos. Nos justificamos en la conclusión para contestar las recomendaciones de los profesionales.

Objetivos específicos

1. Describir como el vínculo y la vivencia con el Otro materno en etapas tempranas interviene en la construcción de la relación del sujeto con el cuerpo y la alimentación.
2. Identificar las manifestaciones de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, según la experiencia de psicólogos clínicos.

3. Comparar los aspectos que evidencian el conflicto de la función materna con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años.
4. Proponer recomendaciones para la orientación terapéutica, otorgadas por psicólogos clínicos, en el tratamiento de adolescentes mujeres con anorexia entre 12 y 17 años.

Justificación

Esta investigación es importante y se sitúa dentro del campo de la psicología clínica porque aborda la relación entre el desarrollo de trastornos alimentarios, específicamente anorexia con la vivencia conflictiva del amor materno en adolescentes de 12 a 17 años. Históricamente este tipo de trastorno ha sido analizado desde perspectivas médicas o conductuales, privilegiando aspectos como la imagen, el peso y la alimentación. No obstante, esta investigación intenta ofrecer una mirada donde se le otorgue relevancia a la dimensión subjetiva. Recalcati (2003) menciona que la anorexia representa un modo de respuesta frente a la angustia, donde se utiliza al cuerpo como un instrumento excepcional de una problemática que excede lo corpóreo. Esta mirada es esencialmente útil en adolescentes, puesto que se encuentran en un periodo cambiante, donde aparecen coordenadas de su constitución subjetiva y el cambio de la relación que tienen con su propio cuerpo.

De acuerdo con Rodríguez (2013), es importante que la anorexia sea considerada como *“un mal de amores”*, es decir un fenómeno que se encuentra atravesada por variadas formas de amor. Desde esta propuesta se abre una discusión sobre las posibles variables vinculares y libidinales en las que puede surgir la anorexia independiente del síntoma visible. Esta investigación tiene como objetivo analizar la relación que tiene la vivencia conflictiva con el vínculo materno en el surgimiento de la anorexia. Rodríguez (2013) menciona que la anorexia se funda a raíz de que existe un hundimiento del objeto de amor por el objeto de la necesidad. Según Guerrero de Medina (2016), cuando en etapas tempranas se experimenta una relación estragante o devoradora con el Otro materno, ocurre un obstáculo en la diferenciación subjetiva, lo que afecta consistentemente la construcción del deseo. Entonces el elemento fundamental no es solo la comida, sino que existan condiciones que propicien a la construcción del deseo propio y que exista la diferenciación de la demanda materna que lo aplasta. Teniendo esto como base se puede analizar este trastorno alimentario como una respuesta del sujeto frente a un modo de relacionarse con el Otro.

Según Pérez et al. (2021), sin falta en la relación con el Otro no hay deseo, lo que puede generar que el sujeto le otorgue un significado diferente al cuerpo y la alimentación, pasando a utilizarlos como medios para responder a conflictos psíquicos. Siguiendo esta línea, los alimentos ya no solo responden a una necesidad biológica, sino que pasan a tener un significado simbólico en la dinámica afectiva. La importancia del enfoque de la investigación en la población etaria de adolescentes de 12 a 17 años es debido a que en la etapa que están atravesando ya existen muchos cambios relacionados al propio cuerpo, lo cual puede tornar este fenómeno en una lucha que puede conllevar repercusiones mortíferas.

La investigación es necesaria porque otorga un aporte teórico diferente en el área clínica sobre la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años. Entender la anorexia desde la perspectiva psicoanalítica permite relacionarla a la experimentación conflictiva del vínculo materno, lo cual da apertura al desarrollo de abordajes terapéuticos que no se centren únicamente en que los pacientes erradiquen de golpe el síntoma y restablezcan su conducta alimentaria normal, sino que se le otorgue un lugar significativo a la subjetividad y al conflicto vincular que provoca el padecimiento. Rodríguez (2013) indica que es el deseo del analista lo que puede producir una movilización subjetiva en la anoréxica. Esto es debido a la posibilidad de lazo con el analista, el cual otorga un lugar donde se dignifique su subjetividad y singularidad.

ANTECEDENTES

Internacionales

En Cambridge, Reino Unido se obtuvieron historias psicosexuales completas de 31 pacientes femeninas con anorexia nerviosa. Las participantes mostraron un amplio espectro de conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales. Algunas parecían estar marcadamente inhibidas, mientras que otras tenían experiencia y eran asertivas en temas sexuales. La edad al momento de la entrevista pareció ser el factor principal para determinar si las pacientes tenían experiencia sexual o no. De esta investigación, Beumont et al. (1981) obtuvieron que la mayoría de las pacientes sintieron que un desafío sexual había precipitado su enfermedad, y la mayoría reportó una disminución del interés y el disfrute sexual tras la pérdida de peso, especialmente cuando esta era severa. Sin embargo, el efecto de la enfermedad en el comportamiento sexual real fue variable: algunas pacientes disminuyeron su actividad sexual y otras la aumentaron.

En el sur de Australia se sugirió que existe un vínculo entre la anorexia nerviosa y ciertas creencias familiares rígidas e implícitas. Estas creencias se transmiten de generación en generación y ejercen una fuerte influencia restrictiva sobre todos los miembros de la familia. En concreto, estas creencias incluyen la imposición de roles a ciertas hijas, quienes son vulnerables a los síntomas de la anorexia nerviosa. El objetivo del tratamiento fue contrarrestar con éxito la influencia restrictiva de estas creencias. Dado que dichas creencias parecen ser extraordinariamente resistentes al cuestionamiento directo, White (1984) describe un procedimiento de intervención basado en explicitar las creencias y sus consecuencias específicas a los miembros de la familia.

En Tel Aviv, Israel, se dio una investigación que tuvo como objetivo comparar los mecanismos de defensa del Yo en adolescentes con anorexia nerviosa y otros trastornos psiquiátricos mayores con los de adolescentes sanos. La regresión, la negación, la proyección, la represión, la introyección y las defensas totales fueron comunes a todos los pacientes psiquiátricos y los distinguieron de los adolescentes sanos. Además de estas defensas, los pacientes anoréxicos también utilizaron la intelectualización con mayor frecuencia que los adolescentes sanos y los pacientes psiquiátricos. Utilizaron la sublimación con mayor frecuencia que otros pacientes psiquiátricos. Los pacientes con trastornos, aparte del trastorno obsesivo-compulsivo, que suelen presentarse como comorbilidad con la anorexia no mostraron defensas diferentes a las de los pacientes esquizofrénicos. Los adolescentes anoréxicos

sobreutilizan mecanismos de defensa relativamente más maduros que los adolescentes con trastornos psiquiátricos, y sobreutilizan mecanismos de defensa inmaduros en comparación con los adolescentes sin trastornos psiquiátricos. Según Gothelf et al. (1995), esta combinación de mecanismos de defensa maduros e inmaduros podría estar relacionada con el funcionamiento del yo singularmente heterogéneo observado en pacientes anoréxicos, y podría aportar información sobre la naturaleza de la psicopatología de la anorexia nerviosa. Así mismo, podría tener un importante valor psicoterapéutico y pronóstico.

En Londres, Inglaterra, se propuso una hipótesis sobre un determinante psicosexual particular de la anorexia nerviosa en adolescentes mujeres. Tomando como base las teorías de Freud, Klein, Winnicott y Bion, y desarrollando ideas previas, se planteó una perturbación específica en el desarrollo psíquico de la adolescente, sugiriendo que esto constituye una rebelión contra el surgimiento psíquico de sus futuras capacidades maternas de ensoñación y contención. Likierman (1997) concluyó con una hipótesis en la que sugiere que la perturbación surge de la relación patológica entre madre e hija.

En Londres se planteó la premisa de que los trastornos alimentarios funcionan para reforzar las fantasías de control de las representaciones de los padres internos, una característica de la visión de Klein sobre la defensa maníaca. Utilizando esta hipótesis, se dio un intento de diferenciación entre anorexia y bulimia. Se argumenta que en la anorexia los objetos se sienten permanentemente sometidos, suspendidos o congelados, mientras que en la bulimia son atacados de forma frenética e intermitente. A partir de casos de tres pacientes gravemente enfermos, la autora destacó algunas diferencias importantes entre ellos. Dos de los pacientes recibieron tratamiento psicoanalítico, mientras que el tercero fue atendido en una consulta prolongada y posteriormente recibió tratamiento semanal. Se sugirió que la naturaleza y el grado del ataque asesino a las representaciones internas de los padres pueden determinar la gravedad de la enfermedad, así como la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento. Las conclusiones se discuten en relación con algunas perspectivas contemporáneas sobre los trastornos alimentarios, así como con escritos sobre las dificultades de abordar el complejo de Edipo en general. Lawrence (2001) hipotetizó que los trastornos alimentarios pueden representar un caso especial de ilusiones edípicas.

En Londres se realizó una investigación que parte de la preponderancia de pacientes femeninas sobre masculinos que padecen anorexia. La autora sugiere que ciertas experiencias de feminidad podrían predisponer a la ansiedad por intrusión. Se exponen dos teorías

contemporáneas sobre la etiología de la anorexia. Ambas sugieren que el problema tiene su origen en la intrusión o invasión de diversa índole. La autora plantea que muchas mujeres que sufren anorexia tienen un objeto intrusivo implantado en su mente, que no necesariamente es el resultado de intrusiones reales en la realidad externa. Finalmente, Lawrence (2002) examina la intrusión de los pacientes anoréxicos en la transferencia y sugiere que estos pacientes a menudo albergan profundas fantasías de intrusión entre los padres, con el deseo de recuperar su lugar especial con la madre, sin la presencia del padre. Se sugiere además que la psicopatología subyacente a ciertos casos de anorexia conduce a una falla en la simbolización. Este fallo, a su vez, complica el cuadro clínico, lo que hace que sea particularmente difícil hablar con estos pacientes sobre sus dificultades.

En Inglaterra, Reino Unido, a través de una investigación, propusieron algunos casos de anorexia nerviosa en los que la madre utiliza la identificación proyectiva para generar una fusión entre ella y su hijo/a. Esto impide que el/la niño/a desarrolle un sentido de sí mismo/a como individuo independiente. Winston (2005) planteó que el rechazo de la comida representa un rechazo simbólico de estas proyecciones maternas. Esta defensa también impide la introyección saludable de objetos parentales, necesaria para establecer un sentido de identidad. La persona anoréxica queda con una profunda sensación de vacío interior y una incapacidad para desarrollar relaciones adultas. La relación terapéutica puede proporcionar un entorno no invasivo en el que el/la paciente pueda comenzar a desarrollar un sentido de sí mismo/a. Se utiliza material de casos para demostrar cómo el progreso estuvo estrechamente vinculado a la creciente conciencia del/de la paciente sobre el/la terapeuta como un individuo independiente.

En Sudáfrica se realizó un proyecto de investigación exploratorio que indagó posibles diferencias en el significado de la ingesta compulsiva y la expulsión voluntaria de alimentos en personas bulímicas, y la privación alimentaria en personas anoréxicas. Las diferencias planteadas por los teóricos de las relaciones objetales se investigaron sistemáticamente mediante un procedimiento de investigación empírica cualitativa. Como resultados, se obtuvo que, tanto el rechazo a la comida como el ciclo de atracones y purgas, independientemente de los motivos manifiestos, pueden entenderse en términos de relaciones objetales internas patológicas que surgen dentro del contexto histórico del desarrollo temprano y la dinámica familiar de cada participante. Tanto la anorexia como la bulimia subyacen a la lucha por internalizar un vínculo positivo y duradero con un objeto interno bueno, amenazado por la agresión oral, la identificación proyectiva intrusiva y el conflicto edípico intolerable. Si bien la contención materna deficiente es sin duda evidente, las relaciones disfuncionales entre padres

e hijas desempeñan un papel significativo en el origen de los trastornos alimentarios. Gilhar e Ivey (2008) concluyeron la investigación sugiriendo que el comportamiento anoréxico está motivado inconscientemente por el deseo de repudiar experiencias relacionadas con la dependencia, la separación y la pérdida del objeto, mientras que la bulimia implica la búsqueda repetitiva de sofocar la destructividad que amenaza sus objetos internos. La envidia intolerable, el funcionamiento de defensas maníacas y una «fascinación con la muerte» parecen ser rasgos distintivos de la anorexia.

En Reino Unido se describió la sorprendente rapidez de los cambios corporales que experimenta el cuerpo durante la pubertad y la adolescencia, mientras que la mente aún puede ser la de un niño. Se planteó cómo estos cambios pueden hacer que el niño se sienta atrapado en un cuerpo tan alarmante que lo llena de miedos claustrofóbicos y anhelos agorafílicos de liberarse de él, causando que estos se traduzcan en conductas anoréxicas, cuya negación del cuerpo, con sus sentimientos y deseos, resulta en una pérdida de contacto con él. En cambio, los resultados que obtuvo Romano (2013) fueron terrores agorafóbicos y anhelos claustrofílicos que se traducen en conductas bulímicas. La autora describió cómo utiliza el marco conceptual de Ferrari para romper este vaivén claustrofóbico-agorafóbico y acostumbrar gradualmente a sus pacientes a su nuevo entorno corporal, junto con sus cuestiones de identidad de género y sexualidad, mediante varios ejemplos clínicos.

En Poitiers, Francia, abordaron la elaboración subjetiva de la relación de un sujeto con el otro familiar en un centro hospitalario. Partieron del seguimiento terapéutico de Clementine, una adolescente melancólica ingresada en una institución tras un caso grave de anorexia nerviosa. Plantearon que, en el caso de Clementine, la elección del síntoma anoréxico puede reflejar tanto la necesidad de distanciarse de los objetos de amor como la dificultad para hacerlo, pero también constituye el inicio de una solución subjetivadora. Desde los cambios en la dinámica psicológica y el discurso de la joven durante las entrevistas psicológicas, así como en el contexto más amplio de la hospitalización (seguimiento médico, entrevistas familiares, relaciones con el grupo de pares y el equipo de salud, etc.), Rivière y Haza (2014) concibieron al síntoma anoréxico más como una forma de configurar el proceso de subjetivación que como una conducta autodestructiva, lo que nos permite abordar las características específicas de un posible enfoque terapéutico. Se abrió el debate sobre los beneficios de la separación familiar y de la hospitalización, así como sobre el impacto potencial del marco terapéutico en el síntoma.

En Israel plantearon que las personas con trastornos alimentarios experimentan dificultades interpersonales. Por ello, en esta investigación se tuvo el objetivo de examinar el sentido de derecho relacional hacia los padres, la preocupación patológica y el malestar psicológico en adolescentes con y sin anorexia nerviosa (AN) o anorexia nerviosa atípica (AAN). Como resultados de la investigación, Bachner-Melman, et al. (2023) obtuvieron que las adolescentes con anorexia nerviosa/ansiedad adolescente tienden a centrarse excesivamente en las necesidades de sus padres, descuidando las suyas propias. Además, tienen dificultades para evaluar de forma realista las expectativas de sus padres, lo que los lleva a sentirse con derecho excesivo o insuficiente a la satisfacción de sus necesidades. Estas actitudes relacionales se asocian con síntomas de depresión y ansiedad, y deben abordarse en terapia.

En Israel se planteó que la autopercepción negativa se asocia con malos resultados en padres de adolescentes con anorexia nerviosa (AN). El estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la autopercepción de adolescentes con AN y cómo estas adolescentes perciben las actitudes de sus padres hacia ellas en relación con la gravedad y el resultado a corto plazo de su enfermedad. Para ello, evaluaron a 30 adolescentes hospitalizadas con AN y 30 controles femeninos. Sokolov et al. (2024) encontraron que las pacientes con AN mostraron una autopercepción más negativa que los controles. La autopercepción negativa se asoció con percepciones negativas de las actitudes de las madres hacia las chicas. No hubo diferencia entre los grupos en la percepción de la actitud de los padres hacia las chicas. La autopercepción y las actitudes parentales percibidas se asociaron con la gravedad de los síntomas del trastorno alimentario y el malestar emocional. Finalmente, se observó una mejoría en la autopercepción y las actitudes maternas percibidas hacia la niña desde el ingreso hasta el alta, junto con una disminución en la gravedad de los síntomas del trastorno alimentario y el malestar emocional. La autopercepción al ingreso se asoció con la patología del trastorno alimentario y el malestar emocional al alta. Estos hallazgos sugieren que la autopercepción y las actitudes parentales percibidas hacia la adolescente con anorexia nerviosa pueden estar asociadas con la gravedad de la enfermedad y su evolución a corto plazo.

En Annaba, Algeria, se describió que la adolescencia es la etapa de las alteraciones, tanto fisiológicas como psicológicas. Este conflicto interno y externo, a menudo es difícil de manejar, por lo que algunos adolescentes tienden a manifestarlo más que otros. Utilizan su cuerpo para expresar un profundo sufrimiento y confusión. Numerosas conductas patológicas pueden surgir debido a esta sensibilidad significativa, como la evasión de las dificultades. Una de las maneras de superar esta dificultad para comprender y resolver estos trastornos es

mediante la alteración de la conducta nutricional. El trabajo de Dehane (2025) permitió comprender las dimensiones subjetivas que incitan a la conducta en la anorexia mental. Se sugirió que una deficiencia en la acción refleja podría ser la causa principal de esta actitud. De este modo, la anorexia mental en adolescentes sugiere un maltrato en la infancia, lo que les haría sentir incapaces de ser buenas madres en el futuro.

Los autores coinciden en que la anorexia nerviosa no puede comprenderse únicamente como un trastorno de la alimentación, sino como la manifestación de conflictos psíquicos profundos que se estructuran principalmente durante el desarrollo infantil y la adolescencia. En los estudios de Likierman (1997), Winston (2005), Sokolov et al. (2024) se resalta la importancia de los vínculos familiares, especialmente la relación madre-hija, como un elemento central en la constitución del síntoma. Así mismo, Gothelf et al. (1995) y Lawrence (2001) coinciden en que la anorexia expresa dificultades en la construcción de la identidad, la autonomía y la separación de las figuras parentales, acompañadas de mecanismos defensivos como la negación, la intelectualización o las defensas maníacas. También, señalan que la adolescencia representa un momento crítico, debido a los cambios corporales, sexuales y relacionales que obligan al sujeto a reorganizar su mundo psíquico, pudiendo aparecer la restricción alimentaria como una forma de afrontar estos conflictos.

Las principales diferencias radican en el énfasis que cada autor otorga al origen y función del síntoma. Likierman (1997), Lawrence (2001, 2002), Winston (2005) trabajan desde una perspectiva psicoanalítica clásica que interpreta a la anorexia como una expresión de conflictos inconscientes relacionados con la dependencia, la separación, la feminidad, el complejo de Edipo o la identificación proyectiva materna. White (1984) y Gilhar e Ivey (2008) destacan la influencia de la dinámica familiar y de las creencias transgeneracionales que restringen el desarrollo de la adolescente. De la misma forma, las investigaciones de Bachner-Melman et al. (2023) y Sokolov et al. (2024) incorporan variables psicológicas e interpersonales que son evaluables, como la autopercepción, las actitudes parentales percibidas, el derecho relacional, la ansiedad y la depresión. Finalmente, los estudios de Beumont et al. (1981), Romano (2013), Dehane (2025) conciben el síntoma como una defensa frente al sufrimiento o incluso como un intento de subjetivación y reorganización psíquica, mientras que Rivière y Haza (2014) lo interpretan como una manifestación de alteraciones en el desarrollo corporal, sexual o identitario durante la adolescencia.

En síntesis, las investigaciones permiten comprender a la anorexia como un fenómeno complejo y multidimensional en el que convergen factores intrapsíquicos, familiares, relacionales y evolutivos. Más allá de la restricción alimentaria, el síntoma aparece como un medio mediante el cual la adolescente intenta regular conflictos relacionados con la identidad, la autonomía, la dependencia, la imagen corporal y el vínculo con los padres. Los estudios muestran que las experiencias tempranas con las figuras parentales, especialmente con la madre, la calidad de la separación-individuación, la autopercepción y las transformaciones propias de la adolescencia desempeñan un papel relevante tanto en el origen como en el mantenimiento del trastorno. En consecuencia, las investigaciones respaldan la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que consideren simultáneamente la historia subjetiva de la paciente, las dinámicas familiares y las dimensiones emocionales e interpersonales implicadas en la anorexia nerviosa.

Norteamericanos

En Nueva York, Estados Unidos, informaron sobre el caso poco común de anorexia nerviosa presente tanto en una madre como en su hija, ambas ingresadas en el servicio de hospitalización con 24 años de diferencia. Los datos detallados respaldaron la hipótesis derivada de un estudio continuo de pacientes y sus madres, según la cual la anorexia nerviosa resulta de alteraciones en el desarrollo del Yo y en el desarrollo psicosexual, iniciadas en la relación temprana madre-hija y continuadas en cada fase posterior del desarrollo. Ehrensing y Weitzman (1970) concluyeron que el cuadro clínico de la anorexia nerviosa se desarrolló como una solución regresiva frente a una crisis madurativa, en la que la joven, confrontada con la segunda individuación de la adolescencia y amenazada por la pérdida de las dependencias familiares, regresa bruscamente a formas primitivas de identificación con la madre y a un intenso anhelo por la experiencia primitiva de alimentación materna.

En Nueva York, Estados Unidos se planteó que la anorexia nerviosa es un trastorno mental que pone en peligro la vida. Hasta una de cada 250 niñas entre los 12 y 18 años puede desarrollar anorexia nerviosa. La alta incidencia del trastorno entre las adolescentes sugiere que la presión sexual del desarrollo inherente a la adolescencia puede estar asociada con el inicio de la enfermedad. En su investigación, Romeo (1984) obtuvo que los síntomas de la anorexia nerviosa aparecen con el inicio de la pubertad y el desarrollo de las características sexuales secundarias. La formación de síntomas está relacionada con los siguientes problemas del desarrollo: cambios fisiológicos (menstruación y desarrollo de los senos) y cambios psicológicos (imagen corporal e identidad sexual).

En Nueva York, Estados Unidos se planteó que los trastornos alimentarios, en particular la anorexia nerviosa y la bulimia, son ejemplos claros de psicopatología específica de género. Basada en investigaciones actuales sobre el desarrollo femenino y en una amplia experiencia clínica, argumenta que la vulnerabilidad de las mujeres a estos trastornos deriva, al menos en parte, de la naturaleza del desarrollo psicosexual femenino temprano. El proceso inicial de separación-individuación de la todopoderosa madre preedípica es enormemente más difícil para las niñas que para los niños, ya que las niñas deben individuarse e identificarse simultáneamente con una cuidadora principal del mismo sexo. Los conflictos de dependencia hostil y las luchas ambivalentes por la autonomía respecto a la madre pueden persistir durante toda la vida en las mujeres y se manifiestan fácilmente a través de un control anormal de la ingesta de alimentos y la forma corporal. Beattie (1988) indica algunas de las formas en que estas luchas se recrean en el tratamiento con el terapeuta, cuyos esfuerzos por ayudar a la paciente a modificar los patrones alimentarios se experimentan inevitablemente como intrusiones maternas. También describe algunas reacciones de contratransferencia correspondientes que se evocan en el terapeuta.

En Estados Unidos fue planteada la premisa de que los estudios no han logrado encontrar características patológicas consistentes en las madres de mujeres con anorexia nerviosa. Sin embargo, la percepción que la mujer anoréxica tiene de su madre sigue estando implicada en la enfermedad. La comparación entre mujeres universitarias sintomáticas y asintomáticas reveló que las mujeres con anorexia nerviosa describían impresiones más negativas de la vida de sus madres. Tanto las mujeres sintomáticas como las asintomáticas expresaron sentimientos positivos hacia sus madres, pero las sintomáticas tendían a decir que la vida de sus madres era quizás satisfactoria para ellas, pero no deseable para ellas mismas, o que la vida de sus madres era muy difícil e insatisfactoria para ellas y que no querrían una vida así para sí mismas. Basándose en esta investigación, Korb (1994) concluyó planteando que la percepción del modelo materno puede estar relacionada con la anorexia nerviosa.

En Florida, Estados Unidos se realizó la presentación una visión psicoanalítica de los trastornos alimenticios y su tratamiento, particularmente de la anorexia, y su relación con otros problemas de autolesión, como el masoquismo y la automutilación. Según esta perspectiva, la anorexia se origina en la relación infantil con la madre, lo que conduce a dificultades a lo largo de las etapas psicosexuales para separarse de la madre y desarrollar un Yo autónomo. Lane (2005) presentó la premisa de que la persona se vuelve autocastigadora y autocontroladora, expresando sus sentimientos y conflictos internos a través de su cuerpo, ya sea de manera

simbólica o como una forma de descargar tensiones, consolarse, desplazar el dolor mental hacia el cuerpo, purificarse de los impulsos corporales o como una manera de buscar venganza pasivo-agresiva contra las figuras parentales.

En Ciudad de México, México se realizó una reflexión sobre dos trastornos de la conducta alimentaria que se presentan o incrementan durante la adolescencia: la bulimia y la anorexia. El objetivo fue abordar los trastornos de la conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica resaltando la función que tiene la madre en la aparición y el mantenimiento de la bulimia y la anorexia principalmente. Se tocan temas como la separación-individuación, la ausencia del sostén materno, la omnipotencia de la madre sobre la hija, entre otros. Así mismo, se analizó la importancia que tiene el padre en el curso de la vida de la adolescente, o la función paterna en el desarrollo de estos trastornos, ya que se ha demostrado que adolescentes con padres ausentes física o emocionalmente, adictos, entre otros, tienden a presentar como síntoma alguno de estos dos trastornos. Como resultados, Pool (2016) pudo obtener que estos trastornos se van gestando desde edades tempranas del desarrollo, ya que tiene que ver con las historias de vida de estas adolescentes, los vínculos que han formado con sus primeros *objetos a*, enmarcando principalmente la presencia o ausencia de un maternaje, el rechazo hacia el propio cuerpo en la mayoría de las veces lo transmite el vínculo que la madre construye con esta hija adolescente, así como la falta de ese auxiliar para formar la autoestima, que sostiene y a través de la cual sabe que es otro y que existe (psíquica y físicamente). Sin embargo, estudios han demostrado la importancia de la figura paterna, ya que, como se demostró, es un factor importante en el desarrollo o evitación de estos trastornos.

En Washington D.C., Estados Unidos propusieron que la anorexia nerviosa infantil es un trastorno alimentario que se inicia durante la etapa temprana del desarrollo de separación e individuación entre los seis meses y los tres años de edad. La anorexia nerviosa infantil se caracteriza por el rechazo a la comida y conduce a un retraso en el crecimiento. El bebé se niega a comer en un intento de lograr autonomía y control con respecto a la madre, una maniobra que sirve para involucrar más profundamente a la madre en el comportamiento alimentario del bebé y para satisfacer su necesidad de atención. Madre e hijo se enfrascan en una batalla de voluntades por la ingesta de alimentos del bebé. La alimentación del bebé está dirigida por sus necesidades emocionales en lugar de las sensaciones fisiológicas de hambre y saciedad, y no desarrolla la diferenciación somatopsicológica. Chartoor (2017) concluye planteando que el temperamento del bebé y los conflictos maternos sobre el control, la autonomía y la dependencia parecen contribuir a este trastorno alimentario. El tratamiento está

dirigido a ayudar a los padres a comprender y promover el proceso de desarrollo de la diferenciación somatopsicológica. Inicialmente, se utiliza un enfoque conductual-cognitivo; Sin embargo, los padres que tienen problemas sin resolver relacionados con la dependencia y el control requieren psicoterapia adicional.

Los autores coinciden en que la anorexia nerviosa tiene su origen en procesos tempranos del desarrollo psicológico y relacional, particularmente en la relación entre la madre y la hija o el hijo. Desde las perspectivas psicoanalíticas de Ehrensing y Weitzman (1970), Beattie (1988), Lane (2005), Pool (2016) y Chartoor (2017), se plantea que las dificultades en la separación-individuación, la autonomía y la construcción del Yo constituyen elementos centrales en el desarrollo del trastorno. Así mismo, Romeo (1984) concuerda con que la adolescencia representa un momento de especial vulnerabilidad, ya que los cambios corporales, sexuales e identitarios reactivan conflictos infantiles no resueltos, favoreciendo la aparición de la anorexia. En conjunto, los trabajos de investigación consideran que el síntoma anoréxico funciona como una forma de afrontar conflictos relacionados con la dependencia, el control, la identidad y el vínculo con las figuras parentales.

Aunque todos los autores reconocen la importancia de las relaciones tempranas, difieren en el aspecto que consideran determinante. Ehrensing y Weitzman (1970) entienden la anorexia como una regresión frente a la crisis de individuación adolescente, mientras que Romeo (1984) enfatiza en el impacto de los cambios puberales y del desarrollo psicosexual. Beattie (1988) y Lane (2005) se centran en las dificultades de separación respecto de la madre y en la función del síntoma como expresión de conflictos inconscientes, autocastigo y control del cuerpo. Korb (1994), en cambio, no atribuye el trastorno a características patológicas objetivas de la madre, sino a la percepción negativa que la paciente tiene de ella como modelo identificadorio. Por su parte, Pool (2016) amplía el análisis incorporando la relevancia de la función paterna y del maternaje en la formación de la autoestima, mientras que Chartoor (2017) traslada el origen del trastorno a la primera infancia, interpretándolo como un conflicto temprano de autonomía y control entre el bebé y la madre, con un enfoque más orientado al desarrollo y la intervención familiar.

En conjunto, estos estudios muestran que la anorexia nerviosa es un trastorno complejo cuya comprensión requiere integrar factores evolutivos, familiares y psicodinámicos. Las investigaciones destacan que las dificultades en la separación-individuación, la construcción de la identidad, la autonomía y la regulación de los vínculos con las figuras parentales

constituyen elementos fundamentales para comprender el origen y mantenimiento del síntoma. Aunque los autores difieren en el peso otorgado a la madre, al padre, a la pubertad o a los procesos tempranos del desarrollo, todos coinciden en que la anorexia trasciende la conducta alimentaria y representa una expresión del sufrimiento psíquico. En consecuencia, los hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones terapéuticas que contemplen tanto la historia subjetiva del paciente como las dinámicas familiares y las tareas evolutivas propias de cada etapa del desarrollo.

Sudamericanos

En Mar del Plata, Argentina dos investigadores indagaron el vínculo materno – filial, enfocándose en el peso que tiene esta diada dentro de la triada, y cómo incide en la anorexia. La interacción madre – lactante es entendida como un proceso en que la madre entra en comunicación con su bebé, enviándole ciertos mensajes, mientras que el lactante a su vez responde a la madre con sus recursos propios. Sin embargo, las alteraciones de la comunicación entre ambos pueden ser consideradas importantes para el desarrollo de esta enfermedad. Así, según Mora y Spreafico (2019) la interacción madre – lactante se presenta como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores. Abordándolo desde las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas.

En Lima, Perú tuvieron el objetivo de describir el impacto del funcionamiento familiar en el desarrollo de la BN y AN en mujeres jóvenes y adolescentes. Los resultados de Camino (2021) indicaron que la familia puede ser un factor protector o de riesgo para el desarrollo de TCA, siendo determinantes los niveles de expresión emocional, el modelamiento de patrones conductuales y la comorbilidad con otros trastornos a nivel de padres. Así el funcionamiento familiar se muestra a través de la vivencia de los valores, normas, roles y habilidades, la cual se relaciona con el manejo y resolución de conflictos, conductas prosociales y regulación emocional.

En Lima, Perú iniciaron una investigación que tuvo como objetivo describir el vínculo con la figura materna en un grupo de adolescentes mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa. Como objetivos específicos se buscó explorar el vínculo con la figura materna antes del diagnóstico de anorexia nerviosa, explorar el vínculo con la figura materna después del diagnóstico de anorexia nerviosa y explorar el vínculo con otras figuras significativas. A partir de los resultados, se encontró que las adolescentes perciben una falta de atención de la madre hacia sus necesidades emocionales, durante la infancia y adolescencia temprana, y

experimentan un vínculo materno ambivalente (cercano – hipervigilante) durante la adolescencia, luego del diagnóstico de anorexia nerviosa. Así mismo, con respecto a sus vínculos con otras figuras significativas, se halló que las adolescentes suelen vincularse a través de las comparaciones con otras personas, no considerándose valiosas y dando valor a la delgadez. Así, Valdivia (2023) logró observar dificultades en el vínculo con la figura materna y en la forma en que se vinculan con sus figuras significativas.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina se dio inicio a una investigación sobre la anorexia que tuvo como objetivo indagar el estatuto del rechazo que caracteriza la posición del sujeto en el lazo al Otro. Se estudiaron aspectos ligados a la constitución subjetiva que permitieron entender el desarrollo de la anorexia en tanto síntoma, entre ellos, la constitución del Yo y la alteración de la imagen especular, la primera experiencia de satisfacción y el estrago materno y los efectos de declinación del Nombre del Padre. Entre los resultados obtenidos Gurmendi (2023) sostuvo que, aunque la psiquiatría entiende la anorexia como un trastorno multifactorial, el psicoanálisis la concibe como un síntoma que expresa una posición subjetiva marcada por el rechazo, el cual no se limita a la comida sino que atraviesa la relación del sujeto con el Otro, el cuerpo y el saber inconsciente; este rechazo, originado desde los primeros vínculos con el Otro primordial, funciona como una estrategia para preservar el deseo frente a un Otro vivido como invasivo o saturador, pero al mismo tiempo implica una separación fallida que mantiene al sujeto atrapado en ese lazo, articulándose además como una modalidad de goce que rechaza la castración y la pérdida, por lo que la anorexia no es solo una patología alimentaria sino una forma singular de respuesta frente al deseo, el amor y la falta, cuyo abordaje requiere reintroducir la palabra y la singularidad del sujeto en el tratamiento.

Los autores coinciden en destacar la importancia de los vínculos familiares, especialmente de la relación madre-hija, en la comprensión de la anorexia nerviosa. Mora y Spreafico (2019), Valdivia (2023) y Gurmendi (2023) señalan que las primeras experiencias de interacción con la figura materna influyen significativamente en la constitución subjetiva y en la aparición del síntoma anoréxico. Camino (2021) sostiene que el funcionamiento familiar puede actuar como un factor de riesgo o de protección, dependiendo de aspectos como la comunicación, la regulación emocional y los patrones de interacción. Los estudios muestran que las dificultades en los vínculos tempranos, la atención insuficiente a las necesidades emocionales y los problemas en la dinámica familiar pueden favorecer el desarrollo de la anorexia. Además, concuerdan en que este fenómeno debe entenderse más allá de la conducta

alimentaria, considerando factores emocionales, relacionales y subjetivos que participan en su origen y mantenimiento.

Las diferencias entre los autores se observan principalmente en los enfoques teóricos que usan para explicar la anorexia. Mora y Spreafico (2019) centran su análisis en la comunicación temprana madre-lactante como base de los vínculos posteriores. Camino (2021), desde una revisión sistemática, amplía la mirada hacia el funcionamiento familiar en general, considerando variables como los roles, las normas y la expresión emocional. Por su parte, Valdivia (2023) aborda la experiencia subjetiva de adolescentes diagnosticadas con anorexia, destacando la percepción de carencias afectivas maternas y los cambios en el vínculo tras el diagnóstico. Finalmente, Gurmendi (2023), desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana, interpreta la anorexia como una posición subjetiva marcada por el rechazo al Otro, al cuerpo y a la falta, entendiéndola como una modalidad singular de respuesta al deseo y al goce, más que como un simple trastorno alimentario. De esta manera, mientras algunos autores destacan los factores familiares observables, otros ponen el énfasis en los procesos inconscientes y subjetivos.

Los textos permiten concluir que la anorexia nerviosa es un fenómeno complejo en el que convergen factores familiares, vinculares y subjetivos. La relación con la figura materna aparece como un elemento central en todos los trabajos, aunque cada autor la conceptualiza de manera diferente. Mientras algunos destacan la calidad de la comunicación y el funcionamiento familiar, otros enfatizan los procesos de constitución subjetiva y la relación del sujeto con el deseo y el Otro. Estas perspectivas, resultan complementarias para comprender la diversidad de factores implicados en la anorexia. Por ello, el abordaje clínico requiere considerar tanto las dinámicas familiares como la singularidad de la experiencia subjetiva de cada paciente, favoreciendo intervenciones que contemplen la complejidad del trastorno más allá de sus manifestaciones alimentarias.

Nacionales

En la ciudad de Ambato se tuvo la idea de plantear que, en la adolescencia, muchos jóvenes tienen alteraciones en sus conductas alimenticias, ocasionadas por distintas causas como dietas poco saludables, mala alimentación o por seguir estereotipos de belleza implantados en la sociedad como estándares de aceptación. El objetivo fue describir los comportamientos y actitudes presentados por adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio compatibles con anorexia. Como método se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal

y prospectiva, la muestra incluyó 140 estudiantes. Se obtuvo que en relación con la preocupación por hacer dieta el 43,6 % de los encuestados indican que nunca se han propuesto hacer dieta. El 42,9 % indican que nunca han pensado en las calorías que están consumiendo, y el 40,7 % indican que, en alguna ocasión, en su ingesta alimentaria se ha pensado en la cantidad apropiada de las calorías que se consume. La mayoría de los estudiantes encuestados no tiene trastorno alimenticio, sin embargo, un 20,7 % en alguna ocasión si sintió la necesidad de vomitar su comida debido a algún factor influyente en su alimentación. El 52,9 % indican que nunca pasa mucho tiempo pensando y ocupándose de la comida. Por último, el 58,6 % indica que siempre disfrutan y prueban comidas nuevas. Toapanta y Flores (2022) concluyeron señalando que los factores que influyen en el desarrollo de la anorexia como la mala alimentación y los escasos programas de alimentación saludable no se dan, ya que los estudiantes demuestran estar informados sobre lo que son los trastornos alimenticios y además se da una correcta alimentación en más de la población encuestada.

En la ciudad de Cuenca se comprobó la existencia empírica acerca de la asociación entre la anorexia y bulimia con categorías psicopatológica (ansiedad, depresión, perfeccionismo, desregulación emocional) y variables sociodemográficas (género y lugar de origen). La muestra del estudio incluyó a 918 estudiantes universitarios ecuatorianos de tres regiones diferentes. Los hallazgos indican que, según los factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, el modelo de conexiones subyacentes es diferente. Futuras investigaciones deberían estimar los criterios utilizando mediciones repetidas a lo largo del tiempo y en la población clínica. Reivan et al. (2022) pudieron concluir con que el estudio servirá como punto de partida para la creación, ejecución y evaluación de programas de prevención de trastornos alimentarios en los principales niveles de actuación.

En la ciudad de Cuenca se planteó que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan uno de los problemas de salud de gran calado social, donde la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) son los tipos de síndromes más conocidos a nivel mundial. En particular, en la República de Ecuador representan una problemática latente, donde no existen datos claros o informes oficiales sobre la situación actual de estos problemas de salud mental. Como objetivo, se intentó analizar la prevalencia de los trastornos alimentarios en Ecuador. Sigüencia (2024) pudo exponer los datos de una muestra poblacional de 8.858 sujetos, donde aproximadamente 1.638 personas se encontraron dentro de los resultados de prevalencia, riesgo y diagnóstico de AN, BN, o, un TCA de manera general, pudiendo concluir señalando que en

la población ecuatoriana se estima una prevalencia de TCA de 18,4% de personas por cada 100 personas, en el periodo comprendido entre el 2008 y 2023. Los hallazgos indican una mayor presencia de casos de TCA, después BN y en última instancia AN. Y, los casos fueron evaluados principalmente a través de pruebas psicológicas como el EAT y en base a los criterios del DSM-5.

En la ciudad de Cuenca se planteó que el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente de la anorexia, en mujeres adultas emergentes se relaciona con factores familiares, en particular con la relación madre-hija, misma que puede influir en la imagen corporal y los comportamientos alimentarios, promoviendo conductas restrictivas y preocupación exagerada por el peso, siendo así que, el propósito de su proyecto fue analizar cómo la relación materno-filial incide en la aparición de la anorexia en mujeres adultas emergentes. Entre los resultados obtenidos, se destacan ciertos patrones de interacción entre madres con actitudes sobreprotectoras, como sensibilidad hacia la apariencia física, estilos de apego inseguros y baja cohesión emocional. Con esta investigación, Jáuregui (2025) ha logrado identificar que estos factores favorecen el desarrollo de la anorexia en la adultez emergente. Por otro lado, se identificaron como factores protectores, la implicación materna y una interacción afectiva positiva.

En la ciudad de Quito se planteó que los Trastornos de la Conducta Alimentaria TCA y los Trastornos de la Personalidad presentan alta comorbilidad y complejidad clínica. Se abordó el caso de una paciente femenina de 23 años en la ciudad de Quito, diagnosticada con Anorexia Nerviosa AN y Trastorno Límite de la Personalidad TLP, tratada con Terapia Cognitivo Conductual TCC debido a su eficacia en cuanto a distorsiones cognitivas y regulación emocional. Los resultados mostraron mejoras en la flexibilidad cognitiva, regulación emocional e imagen corporal. Se evidenció una reducción de sintomatología en la paciente. No obstante, la resistencia de la paciente y la influencia familiar fueron desafíos en la adherencia al tratamiento. Romero (2025) concluyó la investigación identificando que la adaptación de estrategias terapéuticas, la inclusión de la familia y un enfoque multidisciplinario son claves en el abordaje de los TCA. Además, logró resaltar la necesidad de mayor formación profesional en salud mental y nutrición, así como la creación de redes de apoyo para pacientes y sus familias. Finalmente, se destaca la escasez de investigaciones sobre TCA en el contexto ecuatoriano, lo que resalta la urgencia de estudios adicionales para mejorar la comprensión y el tratamiento de estos trastornos en la región.

En la ciudad de Cuenca se propuso que las redes sociales tienen alta influencia en la percepción corporal siendo causantes del desarrollo en adolescentes de TCA, tales como bulimia y anorexia nerviosa. Por esta razón, se realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre la influencia de las redes sociales y la percepción de la imagen corporal en adolescentes con trastornos alimentarios, específicamente anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Como metodología se realizó el uso de 12 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, donde se reflejó asociaciones significativas entre el uso de redes sociales y una percepción distorsionada de la imagen corporal en adolescentes. Según la evidencia científica recopilada centrada en los TCA (Bulimia y Anorexia nerviosa) Flores y Salinas (2025) destacaron una mayor prevalencia en adolescentes mujeres, comprobando la relación del contenido de redes sociales enfocado en ideales de belleza e imagen corporal incide en una mayor insatisfacción corporal provocando conductas poco saludables relacionadas con estos trastornos.

Los autores coinciden en que la anorexia nerviosa es un fenómeno multifactorial en el que intervienen variables familiares, psicológicas, sociales y culturales. Jáuregui (2025) y Romero (2025) destacan la importancia de la familia, especialmente de la relación materno-filial y del apoyo familiar, en el desarrollo y tratamiento del trastorno. Reivan (2022) señala que la anorexia se encuentra asociada a factores psicopatológicos como la ansiedad, la depresión, el perfeccionismo y la desregulación emocional. Por otro lado, Toapanta y Flores (2022); Sigüencia (2024) y Flores y Salinas (2025) resaltan la relevancia de factores sociales y contextuales, como los ideales de belleza, la presión social y la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales. Los estudios muestran que la anorexia no surge por una única causa, sino por la interacción de múltiples factores de riesgo que afectan especialmente a mujeres adolescentes y jóvenes.

Las diferencias son principalmente en el enfoque y el objetivo de cada investigación. Jáuregui (2025) centra su análisis en la influencia de la relación madre-hija durante la adultez emergente, identificando factores de riesgo y protección dentro del vínculo familiar. Romero (2025) aborda la anorexia desde una perspectiva clínica y terapéutica, analizando la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en un caso de comorbilidad con Trastorno Límite de la Personalidad. Reivan et al. (2022) adopta una aproximación cuantitativa para examinar la relación entre la anorexia, otras variables psicopatológicas y factores sociodemográficos. Por su parte, Toapanta y Flores (2022) evalúan la presencia de conductas compatibles con anorexia en adolescentes, encontrando una baja prevalencia de comportamientos de riesgo en la

población estudiada. Siguencia (2024) se enfoca en estimar la prevalencia de los trastornos alimentarios en Ecuador, mientras que Flores y Salinas (2025) analizan específicamente el impacto de las redes sociales sobre la imagen corporal y el desarrollo de trastornos alimentarios. Así, cada autor estudia la anorexia desde diferentes niveles de análisis: familiar, clínico, psicológico, epidemiológico y sociocultural.

Los estudios evidencian que la anorexia nerviosa constituye un problema de salud mental complejo que requiere una comprensión integral. Los factores familiares, especialmente la calidad de los vínculos afectivos y la dinámica materno-filial, se combinan con variables psicológicas como la ansiedad, la regulación emocional y la imagen corporal, así como con factores sociales relacionados con los ideales de belleza y la influencia de las redes sociales. Además, las investigaciones realizadas en Ecuador muestran la necesidad de fortalecer la producción científica sobre los trastornos de la conducta alimentaria, dado su impacto creciente en adolescentes y adultos jóvenes. Por ello, tanto la prevención como el tratamiento de la anorexia deben contemplar intervenciones multidisciplinarias que incluyan a la familia, el contexto social y las necesidades particulares de cada persona, favoreciendo una atención más efectiva y adaptada a la complejidad del trastorno.

El interés por este tema nace a partir de la necesidad de otorgar una comprensión teórica de estos trastornos alimentarios más allá de lo conductual y médico, denominando a la anorexia como síntomas que surgen a raíz de la historia particular del paciente y la relación que ha experimentado con el amor. Así, este tipo de trastornos pueden comprenderse como respuestas ante conflictos que surgen en la relación con el Otro, el deseo, y el goce.

CAPÍTULO 1

VÍNCULO Y VIVENCIA CON EL OTRO MATERNO

“La interacción madre-hijo produce desarrollos estructurales específicos y únicos en el bebé en función de la forma en que su actividad fantasmática, fundada en sus pulsiones, va dando forma, encarnadura y, en última instancia, significación a los eventos experienciales” (Vives et al., 1994, p. 2). En este capítulo se planteará cómo, a partir de las experiencias generadas dentro del vínculo primario con el Otro materno, se da paso a la estructuración subjetiva del recién nacido que remitirá a la construcción de su relación con el cuerpo.

Primeros vínculos y experiencias de satisfacción

El nacimiento de un sujeto es entendido, desde el psicoanálisis, como la introducción de un nuevo ser en un mundo completamente estructurado por significantes y experiencias. Su ingreso al mundo implica el establecimiento inmediato de vínculos con las personas y los objetos que se encuentran a su alrededor. Desde allí, Berenstein (2001) señala que “El sujeto se sostiene en el sentimiento de pertenencia inherente al vínculo” (p. 14), lo que permite comprender que la estructuración subjetiva se construye a partir de las experiencias que resultan de la interacción con aquellas primeras personas encargadas de su cuidado y con los objetos que estos Otros le brindan para complementar dicha función.

Los primeros vínculos que se inscribirán en el psiquismo del recién nacido serán aquellos que mantenga con quien o con quienes satisfacen sus necesidades básicas, siendo a partir de este Otro primordial desde donde se iniciará la acción de psiquizarlo. Según Jaroslavsky (2009) el recién nacido inscribirá en su psiquismo “los momentos repetidos de los cuidados maternos relacionados con las zonas erógenas” (p. 6), entre los que se encuentran la alimentación (boca, pulsión oral), la limpieza (ano, pulsión anal), el abrazo, el acunamiento y el sostén corporal (piel).

Dentro de estas experiencias de cuidado, la alimentación adquiere una relevancia fundamental. Jaroslavsky (2009) plantea que “El recién nacido al comienzo de su vida psíquica percibe a la madre no como objeto total sino como el pecho” (p. 1), por lo que la relación con el pecho materno constituye el vínculo primario del sujeto. En este sentido, la relación bebé-madre sería, en realidad, una relación bebé-pecho materno, ya que es el pecho el que satisface la necesidad de alimentación y produce las primeras experiencias de placer en él.

Partiendo de esta dinámica se establece una relación simbiótica entre el Otro materno y el recién nacido. El bebé, incapaz de satisfacer sus propias necesidades, depende enteramente del Otro materno para su supervivencia y su cuidado. Como señala Jaroslavsky (2009) “Para poder sobrevivir luego del nacimiento se instituye una simbiosis psicológica y biológica en relación con la madre (aunque más precisamente sería con el pecho de la madre) sin dejar de tomar en cuenta el cuerpo y el psiquismo maternal” (p. 6). En esta etapa, al haber una relación de cuidado en la que la presencia del Otro materno es fundamental, no existirá una diferenciación clara entre el Yo del niño y el Yo del Otro materno, ya que la relación se organiza en torno a la satisfacción de las necesidades del infante.

Los afectos que emergen de estas primeras interacciones estarán determinados por la presencia o ausencia de la acción de cuidado. Cuando la necesidad es satisfecha, surge una experiencia de placer; cuando la satisfacción no ocurre o se retrasa, aparece el displacer. Estas experiencias constituyen las primeras inscripciones afectivas del sujeto y organizan su relación con los objetos que le son presentados por el Otro.

Desde esta lógica de placer-displacer, Berenstein (2001) plantea que los objetos externos que son brindados por el Otro materno “no se dejan incorporar como perteneciente al Yo y no se deja rechazar y ubicar fuera del Yo” (p. 9), siendo un proceso al que denomina “juicio de atribución”. Del mismo modo, la dependencia absoluta respecto del Otro materno no permite que sea percibido como un objeto separado del sujeto. Debido a que se trata de una presencia que resulta vital para la satisfacción de las necesidades y para la supervivencia del recién nacido, se configura lo que el autor denomina un juicio de existencia, mediante el cual el niño “no deja convertir en ausente (al Otro) y no (lo) permite inscribirse como objeto” (Berenstein, 2001, p. 17).

Es en este contexto en donde el pecho materno deja de ser únicamente un objeto destinado a la nutrición, brindando también satisfacción a este sujeto. Al producir satisfacción, el niño lo inviste libidinalmente y lo transforma en un objeto sexual que satisface su pulsión oral. De esta manera, el placer obtenido durante la alimentación va más allá de la producción de satisfacción biológica de necesidades y adquiere una dimensión psíquica. Según Jaroslavsky (2009), es a partir de estas experiencias tempranas que comienzan a configurarse las primeras fantasías originarias universales y a constituirse el grupo psíquico interno del sujeto, proceso fundamental para la organización de su vida psíquica posterior.

Las fantasías originarias van a ser “esquemas de vínculo que cumplirán con una doble función: organizadora y representacional, central en el proceso psíquico de apareamiento de todo vínculo” (Käes, citado en Jaroslavsky, 1996, p. 9). Es así como, a partir de estas fantasías, el bebé va a tener un sentido de emparejamiento con su cuidador, teniendo la fantasía de que su lugar en el mundo es a su lado. Sin embargo, al ocurrir la separación entre bebé y Otro materno, se empezará a generar la angustia de no asignación, algo que es descrito por Jaroslavsky como “la heredera de la angustia de desamparo originario del bebé en relación con la madre” (p. 9), donde el niño notará que el lugar al que pertenece, en realidad, no es al lado de dicho Otro que lo cuida, y en donde también será consciente de que esta no va a estar siempre para él, como lo concebía a partir de sus fantasías.

Separación y constitución subjetiva

La separación del bebé con el Otro materno no es un acontecimiento puramente biológico ni una simple distancia física, sino un proceso subjetivo que permite la constitución del deseo, del Yo y de la relación con los otros. Esta separación comienza desde el momento en el que la necesidad del infante es atravesada por el lenguaje a partir de la intervención del Otro materno.

Es en este tiempo subjetivo donde Lacan (1949) logra introducir y distinguir los conceptos de necesidad, demanda y deseo. La necesidad orgánica del recién nacido, como el hambre, el sueño o la caricia, es interpretada por el Otro materno como una demanda. Como señala Tendlarz (2004), “la necesidad se metaforiza en demanda. La demanda metaforiza la necesidad, sin recubrirla por completo. El resto de esta operación es el deseo” (p. 36). De este modo, entre lo que el bebé necesita y lo que recibe de su cuidador se produce una pérdida estructural, instaurándose la falta que inaugura el deseo. La separación surge exactamente porque el Otro materno no puede satisfacer por completo al bebé ni representar una figura que dé respuesta absoluta a sus necesidades.

Para Lacan (1949) el niño no busca únicamente objetos que satisfagan sus necesidades; también busca signos de amor provenientes del Otro materno. La demanda de amor es diferente de la demanda de un objeto concreto. Miller (2011) afirma que “quienes encarnan el Otro para el niño debe saber darles nada” (p. 242). Esta idea resulta central para comprender la separación, porque es indispensable que el Otro transmita al bebé que carece de algo y que no es un ser completo que puede colmar todas sus demandas.

Cuando el Otro materno intenta llenar cada falta del niño mediante objetos o actividades, dificulta la constitución de su deseo. En palabras de Miller (2011), si el Otro “confunde sus cuidados con el don de su amor, entonces el niño reestablece por otros medios el lugar de la nada” (p. 242). Por el contrario, cuando el Otro materno transmite su propia falta, abre una vía de constitución subjetiva en la que el niño deja de concebir una posición de completud respecto a ella y comienza a reconocerse como un sujeto separado.

Esta separación es una vía fundamental la constitución del Yo. Freud (1914) plantea que inicialmente no existe una unidad psíquica comparable al Yo, sino que este debe construirse progresivamente. Posteriormente, Lacan retoma esta idea en el Estadío del Espejo, en donde el niño se identifica con una imagen unificada de sí mismo. Sin embargo, dicha identificación requiere de la intervención de un tercero. Después de reconocer su imagen, el niño “vuelve la cabeza hacia ese adulto que representa al gran Otro y sanciona que esa imagen unificada es él mismo” (Lacan, 2006, p. 133). Gracias a esta confirmación, el niño puede constituir un Yo diferenciado y comenzar a separarse de la relación dual y fusional con el Otro materno.

En consecuencia, la separación no implica una ruptura afectiva, sino la introducción de una falta que permite el surgimiento del deseo y de la subjetividad. El Otro materno favorece este proceso cuando no se presenta como un objeto capaz de completarlo todo, sino como un sujeto deseante. En este sentido, la separación es una condición necesaria para que el niño deje de ser únicamente objeto del deseo materno y pueda constituirse como sujeto de su propio deseo.

Cuando las “llamadas de auxilio” del niño fueron satisfechas por el Otro, Freud indica que en el niño se inscribieron huellas mnémicas que provocarán que, en momentos posteriores, quiera repetirlas para volver a experimentar la sensación de satisfacción que dicho objeto, primordialmente el pecho de la madre, le brindó.

Es así como la subjetividad no será más que “el resultado del constante pero infructuoso anhelo del deseo en pos de su imposible satisfacción” (Milmaniene, como se citó en Mesa 2016, p. 352). El deseo del sujeto se constituirá del resultado de la satisfacción de aquella necesidad primaria, surgiendo como “un impulso hará que el niño reconstituya la situación de la primera satisfacción, ya que el niño siempre deseará revivir el primer objeto de satisfacción, pero este nunca será el mismo” (Mesa, 2016, p. 352).

La constitución subjetiva se basará en la actividad subjetiva que implicará la eterna búsqueda de la experimentación original de satisfacción del sujeto, siendo algo que no podrá igualar en su vida al haber perdido dicho objeto que causó tal satisfacción. Por ello, el deseo de volver a experimentar la misma sensación será el motor que cause la movilización del sujeto al alcance de sus ideales.

Función materna: presencia, exceso y ausencia

Uno de los aspectos más importantes en la estructuración subjetiva del ser humano radica en la función materna. Esta función tiene la capacidad de crear un gran impacto en la constitución del cuerpo, el mundo interno y el vínculo con el Otro. El proceso en el que se construye un sujeto abarca mucho más que solo una simple experimentación de factores externos. De acuerdo con Soto Pérez (2005):

“El primer esbozo de sujeto encarnado en un cuerpo se organiza por las marcas simbólicas que lo atraviesan y lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro que opera sobre el niño a través de su discurso; lo madurativo se mantiene simplemente como límite, pero no como causa.” (p. 4)

Lo que remarca esta cita es el rol vital que tiene el deseo materno, puesto que es el que introduce al niño dentro del lenguaje y lo inscribe a nivel simbólico.

Entendiendo que la función materna puede ser ejercida por alguien que no sea exclusivamente la madre biológica, se resaltan 2 funciones importantes: la entrada del niño a la red significativa y la erotización del cuerpo. Es así como la función materna no cumple solamente con la satisfacción de las necesidades biológicas, sino que, mediante el cuidado, afectos, miradas, caricias, y la voz, inviste el cuerpo de significación. Pasando de ser un organismo biológico a un cuerpo atravesado por el lenguaje y las diferentes formas de goce. Winnicott (1993) borda la función materna con ciertos términos específicos holding, handling y object presentation. Se menciona que, a través de la manipulación del cuerpo del infante, el Otro materno fomentará la comprensión de cómo funciona el cuerpo desarrollando psique y soma como una unidad.

La presencia materna representa una condición mínima para la constitución subjetiva. Según Soto (2005) en su artículo se rescata el enunciado de Winnicott donde establece que “no existen los bebés”, su existencia radica en torno a la forma en que la función materna lo acoge, lo nombra y lo desea. La función materna es aquella que se encarga de tratar al infante como

un sujeto, mucho antes de que pueda hablar, reconocerse o inclusive antes de que nazca. Para esto, Piera Aulagnier (2004) introdujo 2 conceptos que representan lo anterior: "primer don libidinal" y la "sombra hablada". El primer don libidinal es la primera investidura de afecto que las personas a cargo del cuidado del niño depositan en él. Mucho antes de que ocurra el nacimiento del infante ya representa un objeto por el cual se tiene expectativas, amor o interés de otros. Por otro lado, la sombra hablada abarca todo aquel discurso, palabras y significados que se elaboró previamente del niño, lo cual influirá en cómo será acogido en el mundo y en su familia, aspecto que propicia la construcción de su subjetividad.

Al momento en que el bebé experimenta la presencia del Otro, ya está en juego aquellos factores que le resultan agradables, o atrayentes de su voz, mirada, y cuidados. Sin embargo, Rodríguez (2017) acota el término que Meltzer denominó como "conflicto estético", donde el infante se le dificulta entender completamente cuáles son los pensamientos, sentimientos o deseo del Otro materno. La presencia de la función materna deja huella en el sujeto, puesto que el enigma sobre la cuidadora propicia que aparezca el deseo de conocer más y de relacionarse con otros. Este conflicto es vital para el crecimiento psíquico, pero de igual manera si se torna demasiado conflictivo o difícil de procesar puede conllevar al surgimiento de malestar psicológico.

Si hay presencia excesiva de la función materna que no puede ser regulada por la función paterna, ocurre lo que se denomina como "estrago materno" Zawady (2017) enuncia que este concepto no es una anomalía patológica accidental, sino que es una posibilidad propia de todo ser humano. A raíz de que la madre o persona encargada de los cuidados primordiales del infante es aquella que lo inserta al mundo simbólico, siempre existe la probabilidad de quedarse atrapado en su deseo excesivo. Cuando el deseo materno resulta muy devorador hay dificultad para la diferenciación y la construcción del sujeto. Para esto, Lacan emplea la metáfora de las "las fauces abiertas de un cocodrilo que pueden cerrarse intempestivamente sobre el niño si es que no interviene el padre como punto de detención" (Zawady, 2017, p. 47). Lo cual representa alegóricamente las consecuencias devastadoras que puede ocurrir si es que falta la presencia del ente regulador de la función materna.

Existe un concepto que interviene en el estrago materno debido a que lo simbólico no logra recubrir por completo, el goce. Zawady (2017) menciona que, en la función materna excesiva, existe algo del deseo y del goce de la madre que se queda por fuera de las palabras. Por esta razón se dice que, aunque la función paterna es la que permite la separación y

diferenciación del niño con la madre, el estrago materno no tiene como condición exclusiva que exista o no un padre biológico como estructura para que surja, sino que es una probabilidad intrínseca en el vínculo madre-hija. A pesar de eso, este fenómeno no aplica solo a mujeres o al vínculo madre-hija, porque en la práctica cualquier ser hablante puede llegar a vivenciar el enigma del deseo del Otro materno. Aunque en la relación madre-hija es más complejo el estrago puesto que la hija se pregunta por la madre no solo por el rol de madre sino como referente de ser mujer, no queda designado exclusivamente a que en hijos hombres no puedan llegar a experimentarlo. Zawady (2017) expone que el estrago materno se sitúa como un acontecimiento estructural que no depende de su posición sexuada.

Al igual que el deseo de la madre puede llegar a ser estragante también existen consecuencias resaltables sobre la ausencia de este dentro de la constitución subjetiva de un individuo. Para que un bebé pueda constituirse apropiadamente es necesario algo más que la satisfacción de sus necesidades biológicas o de los cuidados físico. Es crucial que alguien le otorgue este lugar como sujeto, al momento en que responde a lo que necesita y también cuando lo ingresa al lenguaje y a la relación con el Otro. Si se presencia un fallo en este proceso puede afectar en el desenvolvimiento en el vínculo con el Otro debido a la dificultad en la constitución del sujeto. De acuerdo con Soto (2005), algunas de las manifestaciones más severas de esta dificultad se presencian dentro de la psicosis y el autismo.

Rodríguez (2017) postula que desde el nacimiento hasta los 2 o 3 años la función materna es la que ayuda a que el infante se le posibilite comprender aquellos estímulos físicos y emociones que experimenta de manera compleja. A través de los afectos que se ponen en juego en el cuidado del niño, la madre genera marcas que perduran en el cuerpo, el cerebro, y el lenguaje. Estas marcas cumplen un papel importante a nivel inconsciente, lo cual se puede observar en la modalidad de elección de objeto, en la forma de relacionarse con los otros, su identidad, entre otros aspectos que abarca su mundo interno.

Siguiendo los postulados de Winnicott cuando ocurre una falla en la función materna surge el problema para diferenciar entre psique y soma, lo cual puede provocar manifestaciones clínicas psicósomáticas. Pozzobon (2019) puntualiza que cuando existen estas fallas, puede provocar a modo de defensa, dificultad en la integración de su mundo psíquico con su cuerpo, lo cual se denomina escisión del Yo. Esto se da como respuesta ante la imposibilidad de simbolización de estas vivencias traumáticas. Los fenómenos psicósomáticos son la evidencia

de que las huellas que organizan la subjetividad se localizan por fuera de la articulación significativa.

El Otro materno desde el psicoanálisis

La definición del Otro materno tiene gran relevancia dentro del psicoanálisis, habiendo atravesado modificaciones con el paso del tiempo debido a los diferentes abordajes desde la teoría. Se interpreta como madre no solo al ente que gesta, da vida y cumple con las necesidades biológicas de un infante, sino como un ente definitorio en la estructuración subjetiva de un individuo. La madre viene a representar ese Otro primordial que acoge y da un lugar al niño, siendo portadora de significantes, deseo y ley. A partir de esto se realizará una recopilación de las definiciones del Otro materno dentro del psicoanálisis.

El Otro materno desde Sigmund Freud

Los postulados de Freud (1992) han establecido el rol vital que posee la figura materna desde los primeros momentos de vida de un individuo a nivel subjetivo, específicamente en la fase antes del Edipo. Es así, que Freud expone que la mayoría de los conflictos que se presentan en el complejo de Edipo en una niña se instaura previamente con la relación con la madre. Resulta necesario marcar que es el “complejo materno” el que rige la causalidad el superyó femenino. Antes del Edipo, la madre cuenta con una ambivalencia en su funcionalidad, representando ese objeto de amor y de hostilidad. Esta ambivalencia deja una marca a nivel subjetivo que puede resultar difícil de captar en análisis, llegando a representar un tipo de represión.

Según Zawady (2012), la figura que encarna a la gran seductora es la madre y no el padre, al contrario de las creencias en base a la fantasía histérica. Justamente, es debido a que la madre a través de sus cuidados y caricias es aquella que provocó el inicio de sensaciones a nivel genital. Este hallazgo resultó revelador a nivel teórico, puesto que estableció que el Otro materno no solo se encarga de nutrir y proteger, sino que también resulta constitutivamente erogenizante, lo cual se puede tornar en exceso. De acuerdo con Zawady (2012), en la fase oral-canibólica es donde la función materna se encarga de erogenizar el cuerpo del niño, en la fase sádico-anal se introduce el conflicto entre dar y rechazar, y en la fase fálica surgen nuevas concepciones sobre la imago del niño debido al enfrentamiento que se da con la castración. Por esta razón, es que en cada una de estas fases se muestra a la figura materna como el agente moldeador de las formas de goce del sujeto.

El Otro materno desde Lacan: estrago y función del padre

Lacan (1957) retoma el postulado del Otro materno que estableció Freud, donde el deseo materno tiene el lugar de primer significante simbólico. Al momento en que la madre satisface las necesidades del hijo con su ir y venir, pasa a representar un ser omnipotente. Introduciendo así en el niño el cuestionamiento sobre el deseo de esa madre y su sometimiento ante el (Zawady, 2012). Este sometimiento al Otro primordial se constituyó desde etapas tempranas, donde el niño se regía en base al deseo y a la forma de ver el mundo de ese Otro. Es por esta razón que el deseo materno puede resultar en algo mortífero, no precisamente por el nivel de peligrosidad de la madre, sino porque bajo esta dinámica el niño puede quedar muy atrapado en el deseo de la madre. Este atrapamiento excesivo puede generar que este hijo se asigne la función de objeto cuya finalidad es solo satisfacer a su madre, provocando una falla en la constitución de su propio deseo. Zawady (2012) acota que existe una metáfora que compara el deseo de la madre con la boca de un cocodrilo, donde es una incógnita el momento donde estas fauces puedan cerrarse abruptamente capturando al niño. Es aquí donde la función del padre aparece, representando al palo que bloquea que se cierre la boca, impidiendo que ingiera al niño, lo cual simboliza el límite hacia este Otro primordial. Este cambio del deseo materno por el nombre del padre aporta con la entrada al sujeto a la significación fálica, permitiendo así que ocurra una separación adecuada que posibilite la constitución de un sujeto en falta, con su propio deseo y sexuado.

A pesar de que esté presente la ley paterna, esta puede resultar no ser suficiente. Dentro del estrago materno existe una incapacidad a nivel estructural en el nombre del padre. El deseo materno cuenta con un grado de opacidad que no se puede simbolizar. A raíz de esto es que no se puede establecer con certeza un significante que abarque la respuesta del lugar que se ocupa en el deseo de ese Otro primordial, y por ende existe la falta. El estrago materno no ocurre solo como resultado de un vínculo con la madre anómalo, sino como efecto de la incapacidad del sujeto para llenar completamente el vacío dentro del deseo materno. Siguiendo esta línea, es que se precisa la diferente entre estrago que ocurre en el vínculo madre-hija que en el madre-hijo. En la relación madre-hijo subsiste un padre que otorga una respuesta más o menos completa a la interrogante de lo que desea la madre. Meli y Farje (2020) mencionan, que hay muchos ejemplos en la clínica donde las mujeres permanecen muy ligadas a la expectativa que el deseo materno conlleva, a la necesidad de reconocimiento. Haciendo de esta forma que no ocurra un pase edípico adecuado hacia el padre, puesto que este padre no puede responder a lo que significa ser mujer. Cuando hay presencia de una madre estragada, esta tampoco va a

responder adecuadamente al enigma, creando así una situación generacional sin fin. De acuerdo con Zawady (2012), debido a que no existe una respuesta total de lo femenino a nivel inconsciente es que Freud propuso que la mujer no existe como universal.

El Otro materno desde los aportes poskleinianos

Siguiendo los aportes poskleinianos, la función materna pasa a tener relación con la función de contención y sobre los estados mentales. Según Cardenal (2023), lo materno tiene más relación con una función psicológica que con la biológica. La función materna radica en estar pendiente y en sintonía de lo que necesita el bebé a nivel emocional, proporcionando una respuesta que transforme su angustia. Durante este proceso, el bebé puede asimilar que tiene un lugar importante dentro de la mente de su objeto más importante, lo cual ayudará en el desarrollo adecuado propio y en su relación con los demás.

Con estos postulados se puede establecer que más allá de la función materna a nivel simbólico o pulsional, existe una función que abarca los sentidos en una etapa más inicial que incluyen sonidos, olores, sabores, y tacto. Cuando ocurre correctamente esta función, el niño interioriza que tiene a alguien que los sostenga, lo cual favorece al desarrollo del sentimiento de seguridad o de cohesión. Cardenal (2023) señala que cuando esta función materna es excesiva o presenta una falla, el bebé no va a sentir que tiene recursos para sostenerse llegando a ocurrir el fenómeno que se denomina segunda piel.

De acuerdo con Cardenal (2023), cuando existe un Otro materno presente y bello externamente, evoca en el niño la curiosidad sobre lo que piensan o cómo funcionan los otros, lo cual repercuten en el desarrollo simbólico a lo largo de la vida. Este suceso permite corroborar que la figura materna no solo puede mostrar estrago o angustia, sino que también puede representar la capacidad de amar, de investigar o de intentar comprender el mundo interno de los demás.

Construcción de la relación con el cuerpo

El cuerpo no es una unidad meramente biológica según el psicoanálisis. El cuerpo puede ser entendido como un organismo que se estructura a partir de la relación con el Otro a raíz del lenguaje. Esta concepción es importante para entender la configuración del cuerpo del sujeto desde su propia percepción y desde la relación inicial con el Otro primordial. De acuerdo con Hernández (2013), "el cuerpo es una creación lingüística; son el Otro y los otros los que participan en su construcción y humanización" (p. 1036). Esto permite vislumbrar que a partir

del lenguaje con ese Otro se caracterizan las vivencias que experimenta el infans, incluyendo su propia imagen, lo cual marcará un patrón en la relación posterior consigo mismo.

Es necesario diferenciar los conceptos de organismo y cuerpo para un mejor entendimiento. El organismo es una realidad que encierra aspectos netamente anatómicos, mientras que el cuerpo es una construcción subjetiva que se produce a raíz del choque con el cuerpo físico y el lenguaje. Lacan propone que no se nace con un cuerpo, se deviene. Esta proposición hace alusión a que el cuerpo se desarrolla como resultado de operaciones simbólicas e imaginarias a partir del encuentro con el Otro. Es a partir de la teoría del Estadio del Espejo que toma gran relevancia la concepción del cuerpo. Según Romero (2025) en el Estadio del Espejo se da la etapa donde el infans al ver su imagen empieza a ir tomando noción de una totalidad que aún no posee. Esta imagen le otorga una experiencia corporal de unidad, pero de forma incompleta, justamente por la etapa en la que se encuentra donde aún no hay maduración motriz o una constitución a nivel subjetivo.

Esta imagen no funciona por sí sola, es a partir del sostenimiento y significación por medio del Otro que tiene la capacidad de operar. Aquí entra el rol vital del Otro materno, que en etapas tempranas es la figura que, a través de sus afectos, su voz, y su mirada, significa, da un lugar en el mundo y libidiniza el cuerpo del infans. Marchiano y Peyrone (2023) mencionan que la subjetivación del cuerpo no es algo que aparece solo, necesita de ese Otro primordial que le dé un lugar a nivel simbólico para que la constitución del cuerpo pueda llevarse a cabo. El rol de la función materna como ya se ha establecido anteriormente, cumple con un valor que traspasa el responder a la necesidad biológicas o quien acota la demanda, es quien simboliza el cuerpo del sujeto.

Martínez (2017) menciona que “El proceso de crianza y desarrollo en la infancia logra abrir posibilidades de construcción psíquica” (p. 4), planteando la importancia de que el niño tenga contacto con el Otro en actividades como el juego, el dibujo y la escritura para hacer posible la construcción de su cuerpo. Esta idea se sustenta en los vínculos que crea el niño a partir de estas actividades, siendo a través de estos vínculos en donde él podrá empezar a tener una concepción de cómo es percibido por el Otro, y esta concepción será la que inicie el moldeamiento del lugar que ocupa en el mundo, favoreciendo a la autopercepción del niño y a la construcción de su propia identidad en cuanto a su cuerpo, a partir de los significantes que le sean brindados.

En la infancia, el niño va a estar expuesto a la vivencia de experiencias relacionales, sean satisfactorias o displacenteras, que dejarán huellas en su subjetividad. Con estas huellas, el niño será capaz de organizarse psíquicamente en relación con su propio cuerpo, pudiendo discriminar en qué actividades de cuidado o de juego que serán proporcionados por el Otro logra encontrar placer y displacer. Sin embargo, con la llegada de la pubertad, ocurrirá una reorganización psíquica y subjetiva que será dada primordialmente por el cambio físico. En esta etapa, Lasa (2003) hablará de un “re-encuentro porque se re-viven, con sorpresa del propio sujeto, intensas sensaciones corporales que reactivan anteriores y olvidadas experiencias surgidas en momentos infantiles anteriores y que, también, fueron vividas en el contexto de “comprometidas” relaciones previas” (p. 53).

La pubertad hará que el sujeto tenga que dejar atrás la construcción y organización psíquica en cuanto al cuerpo que había realizado en su infancia, porque ya no se tendrá al mismo cuerpo, y este nuevo cuerpo ya no experimentará las mismas satisfacciones infantiles. Desde el psicoanálisis, se habla de la pubertad como una etapa en la que el sujeto tiene que “abandonar la infancia” al ya no tener el mismo cuerpo del que sus cuidadores se hacían cargo antes. Ya no sigue siendo el niño al que cuidaban o con el que jugaban, y tampoco tiene un aspecto infantil, y es allí donde se puede experimentar una “crisis” que desembocará en una nueva construcción subjetiva en relación con el cuerpo, teniendo que construir una nueva identidad para este.

Este rehacer psíquico se da especialmente en la adolescencia, ya que será allí donde el sujeto tendrá que realizar “un trabajo psíquico adolescente de elaboración que consiste en poder simbolizar dichos cambios” (Martínez, 2017, p. 6). El sujeto adolescente, a partir de las transformaciones de su cuerpo, también tendrá que enfrentarse a una reorganización de sus vínculos y a un progresivo alejamiento de su núcleo primario de socialización. De este modo, no solo tendrá la urgencia de reconstruir simbólicamente una nueva imagen corporal, sino que, según Martínez (2017), este proceso también “se amplía hacia los nuevos caminos que se abren en la sociedad para los adolescentes y jóvenes en general, nuevas relaciones, nuevos vínculos, nuevas pautas de pensamiento y de acción” (p. 7).

Sin embargo, estos cambios corporales no solo introducen al sujeto en nuevos espacios sociales, sino que también lo confrontan con la pregunta por el lugar que ocupa en el deseo del Otro. El cuerpo infantil que anteriormente había sido investido libidinalmente y aceptado por el Otro materno ha desaparecido y, en su lugar, emerge un cuerpo sexualizado y desconocido

que exige una nueva simbolización. Frente a esta pérdida, las adolescentes pueden intentar recuperar aquel amor y reconocimiento que obtenía durante la infancia, buscando nuevamente ser querido y deseado por el Otro, particularmente por el Otro materno, aunque ahora bajo condiciones diferentes.

En esta búsqueda, los otros sociales adquieren una importancia central, ya que a través de sus significantes las adolescentes intentarán responder a la pregunta sobre el valor de su nuevo cuerpo y sobre la posibilidad de seguir siendo amadas. La aceptación o el rechazo provenientes de los pares, de la familia o de otros referentes significativos pueden contribuir a una concepción satisfactoria o insatisfactoria de la imagen corporal, favoreciendo o dificultando la simbolización de los nuevos cambios físicos.

Así, las adolescentes, teniendo presente la necesidad de ser reconocidas y de recuperar una identificación estable, pueden mostrarse especialmente sensibles a las demandas del Otro respecto de su cuerpo. Del mismo modo en que el niño desea ser amado por la madre y sostener un lugar privilegiado en su deseo, las adolescentes pueden intentar recuperar ese amor perdido o amenazado mediante el moldeamiento de su imagen corporal a los ideales y exigencias que demanda el Otro materno.

Cuando las adolescentes experimentan rechazo hacia su apariencia física o sienten que su cuerpo no les permite acceder al reconocimiento y la inclusión, pueden desarrollar sentimientos de insatisfacción y rechazo hacia sí mismas; es entonces cuando el cuerpo podría convertirse en el elemento primordial para intentar responder a las demandas del Otro, apareciendo conductas dirigidas a modificarlo, disciplinarlo o incluso castigarlo con el objetivo de aproximarse a los ideales que creen necesarios para volver a ser amadas y reconocidas.

CAPÍTULO 2

ANOREXIA

“Las personas con anorexia nerviosa se niegan a comer para conseguir la delgadez debido a que existe una alteración mental acerca del peso y de la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas” (Bravo et al., 2000, p. 301-302). En este capítulo se abordará a la anorexia y a sus características desde diferentes perspectivas, partiendo desde la rama médica hasta llegar a la rama psicológica.

Definición de la anorexia

La anorexia ha sido definida bajo diferentes orientaciones dependiendo del modo de abordaje. Esta investigación explorará las diferentes definiciones que cuentan con un mayor uso a nivel institucional, con el fin de realizar un contraste final con la definición en torno al psicoanálisis, que es el eje central en esta investigación.

De acuerdo con la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (5.^a ed.; DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se puede identificar a la anorexia nerviosa a través de tres características importantes: la limitación de la ingesta de alimentos que conlleva a una reducción significativa del peso teniendo en cuenta el rango de edad, el sexo y el estado de salud actual del individuo; presentación de miedo persistente al incremento de peso corporal, y distorsión de la percepción de la silueta física o del peso corporal, con una autoevaluación excesiva. Resulta necesario resaltar la modificación que se realizó en la definición de anorexia nerviosa en el DSM-5 en comparación con su anterior versión. Uno de los criterios que en el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) se definía como obligatorio para identificar la anorexia nerviosa era la presencia de amenorrea. Este criterio se eliminó y se trasladó el foco a la identificación del tipo de restricción alimentaria o método de control de peso que se presenta durante los últimos tres meses, los cuales pueden ser tipo restrictivo o tipo con atracones y purgas (5.^a ed.; DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, se caracteriza a la anorexia nerviosa como un trastorno donde hay predominio de un nivel de peso corporal por debajo de lo esperado acompañado de miedo intenso al aumento de peso. Se señala que en casos de pacientes que poseen anorexia y que no han atravesado la pubertad puede existir déficit en el crecimiento o retraso del desarrollo sexual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Estas dos

definiciones que se han presentado responden a la tarea de caracterizar la anorexia nerviosa bajo síntomas o criterios cuantificables que resultan útiles para el diagnóstico rápido, pero no considera las causas subyacentes a nivel subjetivo desde donde opera el fenómeno.

De acuerdo con Álvarez (2018), siguiendo el modelo biológico se identifica a la anorexia nerviosa como un trastorno con diferentes factores causales como son los genéticos, neuroendocrinos y metabólicos que en relación con los aspectos psicológicos y socioculturales pueden producir el fenómeno. Rausch Herscovici y Bay (2007) acotan, que desde la orientación cognitivo conductual, la anorexia puede ser entendida a partir de la preocupación excesiva del peso corporal como el centro psicopatológico, que es perpetuado por diferentes distorsiones cognitivas, creencias irracionales y conductas compensatorias que mantienen vigente el trastorno con el paso del tiempo. Según Álvarez (2018), desde la orientación sistémica se define a la anorexia como la manifestación de una disfunción en la dinámica familiar, más allá de las causalidades individuales. Dentro de las disfunciones familiares que pueden causar la anorexia desde esta orientación se sitúa la protección excesiva, la rigidez, el aglutinamiento, y la evitación de los conflictos dentro de la familia. Estas 3 concepciones de la anorexia bajo la orientación biológica, cognitivo conductual, y sistémica, presentan un factor en común que es el reconocimiento de causa de este trastorno a partir de diversos factores externos, ajenos al sujeto. Distinción que difiere de la proposición psicoanalítica que aborda a la anorexia centrificando la propia subjetividad de un individuo frente al deseo y al Otro.

Como destaca Morales (2019), en un estudio más descriptivo-fenomenológico, la anorexia nerviosa consiste en la excesiva preocupación por el tamaño y forma corporal, lo cual produce el uso de métodos drásticos para alcanzar la delgadez extrema, fenómeno que tiene apogeo en mujeres adolescentes y se presenta a temprana edad. Este acotamiento es relevante debido a que el rango de edad que planea abordar esta investigación es de 12 a 17 años, el cual se sitúa como una franja etaria de mayor vulnerabilidad para padecer este trastorno.

Desde la corriente psicoanalítica se describe a la anorexia como un síntoma de un conflicto psíquico, es decir una manifestación inconsciente que demuestra una determinación posición subjetiva frente al Otro, al propio deseo, y la demanda. La investigación de Campodónico (2023), sostiene que las coordenadas que han permitido ahondar en el fenómeno de la anorexia desde el psicoanálisis son propias desde el sujeto más allá del objeto alimenticio, lo realmente importante es cómo incide este rechazo alimentario en la constitución del sujeto mismo. Este acotamiento permite entender que la operación de la anorexia se rige como

afirmación de la división subjetiva del sujeto, el cual rechaza aquel objeto que intenta llenarlo por completo.

Como plantea Cosenza (2019), basándose en los aportes de Recalcati, la anorexia y la bulimia son fenómenos que comparten una misma posición subjetiva articuladas diferente. El rechazo de la comida no significa un simple miedo a engordar o a comer, sino que tiene un valor de objeto “nada” que sirve como posición de separación del Otro, representando así un medio de regulación que usa el cuerpo para hacer frente a algo que no logra simbolizar. Este aspecto es relevante puesto que abre una percepción de la anorexia no solo como enfermedad del apetito, sino como respuesta ante la demanda del Otro materno que no se logra tramitar.

Características clínicas de la anorexia

Según Morales y Galván (2021) la anorexia “se caracteriza por un peso anormalmente bajo, miedo intenso a ganar peso, una percepción distorsionada de peso y forma corporales” (p. 27).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la anorexia es diagnosticada desde 4 criterios: el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima de mínimo normal considerando la edad y la talla; el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal; la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Partiendo de estos criterios, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (5.^a ed.; DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) también se clasifica el tipo de anorexia, pudiendo ser el tipo restrictivo, en donde se restringen la ingesta con la intención de perder peso y el tipo compulsivo, en donde la paciente realizará atracones y purgas mediante vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.

En pacientes con anorexia, suele escucharse la expresión de miedo intenso hacia la posibilidad de aumentar de peso, teniendo como consecuencia la perturbación de las pacientes con el simple hecho de pensar en comida o en empezar a engordar. Ante este miedo, las pacientes realizan la acción de verse constantemente al espejo a modo de “verificación” para comprobar que no han aumentado de peso y siguen siendo delgadas.

Respecto a la comida, Halmi (1996) afirma que las pacientes anoréxicas tienen “una peculiar manipulación de los alimentos” debido a que:

“Esconderán comidas ricas en carbohidratos y acumularán grandes cantidades de dulces, transportándolos en sus bolsillos y en sus bolsos. A menudo intentarán deshacerse subrepticamente de su comida para evitar ingerirla. Las personas anoréxicas pasarán mucho tiempo cortando la comida en pequeños trozos y reordenándola en el plato.” (p. 908)

Será así como las pacientes anoréxicas llegarán a reducir de manera extrema la cantidad de comida que “se permiten” ingerir, dejando de lado los alimentos que les proporcionen un aumento de su peso corporal como carbohidratos y grasas. También, para mantenerse “en línea” adaptan conductas como la realización excesiva de ejercicios, inducirse el vómito y el abuso de laxantes. La adaptación de estas conductas provoca que las pacientes anoréxicas padezcan de desnutrición, siendo esta afección la causa principal de las complicaciones que el paciente padezca a nivel orgánico. (Halmi, 1996, p. 908)

Debido al rechazo de ingesta de alimentos, las pacientes progresivamente van a verse desvalidas de los nutrientes que aportan los alimentos que se niegan a aceptar. Por ello, Halmi (1996) afirma que “La mayoría de los cambios fisiológicos y metabólicos de la anorexia nerviosa son secundarios al estado de inanición o a la conducta de purga y se restablecen con la rehabilitación nutricional” (p. 908), sin embargo, también se establece como característica clínica la resistencia al tratamiento. Esta resistencia no se da por un motivo suicida, sino por el miedo intenso que siente el paciente a la idea de tener que ingerir alimentos que lo harán engordar.

Morales y Galván (2021) plantean que la anorexia es el trastorno psiquiátrico que contribuye mayormente a la tasa de mortalidad debido a que “las muertes son atribuibles a complicaciones médicas que surgen a medida que empeora la desnutrición y la pérdida de peso. Todos los sistemas del cuerpo pueden verse afectados negativamente por la anorexia nerviosa extrema” (p. 30).

Causas y consecuencias de la anorexia

Factores biológicos

A nivel biológico, no se ha podido ubicar una causa específica de la anorexia. Sin embargo, la anorexia suele iniciar con la idea de querer empezar una privación alimentaria. Al

adaptar esta idea, el trastorno alimentario será considerado existente después de haber mantenido la privación de la ingesta de alimentos por un largo período. Con esto, Halmi (1996) propone varios aspectos con los que explicará cómo y por qué los pacientes suelen iniciar esta conducta:

“Una dieta obstinada con la intención de resultar más atractivo; una dieta obstinada con la intención de conseguir una mayor competencia profesional (bailarinas de ballet, gimnastas, yoqueis); restricciones alimentarias secundarias a un estrés severo; restricciones alimentarias secundarias a una enfermedad grave y/o operación quirúrgica; inanición involuntaria.” (p. 909)

Como consecuencia, en pacientes femeninos suele aparecer la amenorrea antes de que ocurra una pérdida de peso que sea notable. Así mismo, “se suele notar un desarrollo psicosexual social demorado, y los adultos a menudo sufren una marcada disminución en el interés sexual coincidente con el inicio de la anorexia nerviosa” (p. 908), y esto es debido a la falta de nutrientes provocada inicialmente con la privación de ingesta de alimentos.

Cuando las pacientes anoréxicas muestran una delgadez extrema, las consecuencias a nivel biológico suelen ser denominadas como “complicaciones médicas”. Halmi (1996) expone que, como consecuencia de la delgadez extrema, los pacientes pueden presentar complicaciones como: “anormalidades en la hematopoyesis, como son la leucopenia y una linfocitosis relativa” (p. 909). Sobre los pacientes que muestran delgadez a partir del uso excesivo de laxantes, Halmi (1996) logra presentar consecuencias como “una mayor propensión a desarrollar alcalosis hipocalémica. Estos pacientes suelen presentar un bicarbonato sérico elevado, hipocloremia e hipocalemia” (p. 909).

Al padecer de un deterioro electrolítico, van a mostrar consecuencias físicas como debilidad, letargo y consecuencias orgánicas como arritmias cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino, siendo este aspecto algo muy frecuente en los casos de anorexia en los que se realiza un abuso de purgantes. En pacientes donde se evidencia demacración anoréxica, a nivel orgánico se dará una elevación de enzimas séricas que será una señal clara del deterioro lipídica del hígado. Entre otras complicaciones clínicas, también se menciona la presencia de carotenemia, que significará el cambio del tono de piel a uno amarillo o anaranjado por malnutrición.

Factores psicológicos

A nivel psicológico, los factores causantes de la anorexia son leídos desde el trauma o la fobia, resultando la anorexia como un mecanismo fóbico. Desde la rama psicoanalítica, logra ubicar a la anorexia como “una respuesta de evitación fóbica a la comida resultado de una tensión sexual y social generadas por los cambios físicos asociados a la pubertad” (Crisp, como se citó en Halmi, 1996, p. 910).

Desde la rama de la psicología dinámica, la anorexia es propuesta desde “fantasías de impregnación oral y relaciones seductivas de dependencia con una figura paterna cálida y pasiva, y una culpabilidad por la agresión vertida hacia una madre vista de forma ambivalente” (Halmi, 1996, p. 910). Desde este mismo enfoque, Arroyo (2009) sostiene que la anorexia expresa conflictos internos profundos, afirmando que "sus causas son intrapsíquicas" y que "es una enfermedad psíquica y mental" (p. 11). En este sentido, el síntoma no solo refleja el temor a aumentar de peso, sino también dificultades relacionadas con la identidad, la regulación emocional y la valoración personal.

También se relacionan las causas de la anorexia con características personales que incrementan la vulnerabilidad de las adolescentes para desarrollar el trastorno. Entre ellas destacan el perfeccionismo, la baja autoestima, la inseguridad, la ansiedad, la depresión y la distorsión de la imagen corporal, factores que favorecen una preocupación excesiva por el peso y la necesidad de controlar la alimentación como una forma de alcanzar un ideal de perfección. Como señalan Holguín et al. (2024), los factores de riesgo incluyen "el perfeccionismo, las dietas especiales, las dietas familiares, la historia del trastorno de la conducta alimentaria (TCA), la depresión y la idea distorsionada del aspecto corporal" (p. 10). Así mismo, Hernández (2010) explica que la anorexia suele iniciar cuando "se ha experimentado rechazo social, fracaso que se atribuye al peso o simplemente existe algún grado de insatisfacción con la apariencia del cuerpo" (p. 8), lo que lleva a las adolescentes a utilizar la restricción alimentaria como una estrategia para aplacar el malestar emocional, recuperar una sensación de control y como una vía para obtener aceptación social, reconocimiento o éxito personal.

Este comportamiento suele fortalecerse durante la adolescencia, ya que la construcción de la identidad depende en gran medida de la percepción que las adolescentes tienen de sí mismas y de la valoración que reciben de los demás. Holguín et al. (2024) señalan que las adolescentes presentan más riesgo de desarrollo de anorexia debido a que esta etapa está marcada por cambios físicos, hormonales, cognitivos y emocionales, en los cuales "la

influencia del entorno y la construcción de la autoestima juegan un papel crucial" (p. 8). Estos riesgos favorecen a que la imagen corporal adquiera un papel central en la definición del valor personal.

Las consecuencias psicológicas de la anorexia afectan significativamente el bienestar emocional de las adolescentes. Hernández (2010) señala que estos trastornos "llegan a convertirse en padecimientos crónicos e irreversibles dejando secuelas que afectan la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social" (p. 9), reflejando el profundo deterioro psicológico y funcional que pueden ocasionar.

De la misma forma, Arroyo (2009) describe que las personas con anorexia presentan "una constante necesidad de aprobación, vergüenza, disgusto consigo mismas, perfeccionismo, rasgos obsesivos compulsivos, alteraciones ansiosas de todo tipo y sentimientos de impotencia" (p. 12). Estas manifestaciones favorecen el mantenimiento del trastorno y deterioran progresivamente la autoestima y el funcionamiento emocional.

Holguín et al. (2024) también destacan que la anorexia produce "graves consecuencias físicas y mentales", entre ellas "alteraciones psicológicas" (p. 8), confirmando que el impacto del trastorno trasciende la alimentación y compromete la salud mental del adolescente.

Factores familiares y vinculares

A nivel familiar, la anorexia es comprendida como el resultado de dinámicas relacionales que influyen en el desarrollo emocional del adolescente. Holguín et al. (2024) indican que entre los factores de riesgo se encuentran "los conflictos personales o familiares", además de antecedentes familiares de trastornos mentales y otros factores psicológicos (p. 13), siendo elementos que incrementan la probabilidad de desarrollar el trastorno. En la misma línea, Hernández (2010) señala que la anorexia presenta "diversos detonantes entre los cuales encontramos factores genéticos, socioculturales, individuales, familiares, etcétera" (p. 9), lo que evidencia que el entorno familiar constituye uno de los factores que interactúan con las características individuales del adolescente durante la aparición de la enfermedad.

Durante la adolescencia, la familia continúa siendo una fuente fundamental para la construcción de la autoestima, la identidad y la percepción del propio cuerpo. Cuando existen conflictos familiares, exigencias excesivas, escasa expresión afectiva o antecedentes de trastornos mentales, aumenta el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas. El entorno familiar no constituye una causa única del trastorno, pero sí un contexto decisivo donde

se desarrollan patrones de exigencia, autoestima y relaciones afectivas que pueden incrementar la vulnerabilidad psicológica del adolescente.

Por otra parte, Arroyo (2009) plantea que la familia transmite valores que pueden favorecer la construcción de ideales rígidos de perfección. La autora sostiene que "la sociedad se vale tanto de los medios de comunicación como de la familia para transmitir mensajes que enfatizan valores de eficacia, perfección y competitividad" (p. 6), los cuales pueden ser interiorizados por el adolescente y contribuir al desarrollo de conflictos relacionados con la autoimagen y el valor personal.

La anorexia también repercute en las relaciones familiares y sociales. Hernández (2010) explica que las secuelas del trastorno afectan "la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social" (p. 9), generando dificultades en la convivencia y en el establecimiento de vínculos saludables. Bajo esta idea, Holguín et al. (2024) afirman que la anorexia "afecta la calidad de vida del paciente, su familia y su entorno" (p. 16), evidenciando que el impacto de la enfermedad se extiende más allá del individuo y compromete el funcionamiento familiar y social.

Finalmente, Arroyo (2009) describe que quienes padecen anorexia suelen encontrarse "rodeadas de relaciones conflictivas, aisladas del mundo, avergonzadas de cómo se ven y como se sienten, deprimidas y obsesionadas con la comida" (p. 12), situación que deteriora progresivamente sus vínculos afectivos y favorece el aislamiento. Este aislamiento limita el apoyo social, dificulta la comunicación con la familia y su intervención, favoreciendo al mantenimiento de la enfermedad, ya que el adolescente reduce cada vez más los espacios donde podría recibir contención emocional y ayuda profesional.

Definición de anorexia desde el psicoanálisis

Teniendo como referencia las definiciones previas que se han establecido de la anorexia en base a registro de síntomas observables, desde la mirada psicoanalítica se abordará a la anorexia bajo otra perspectiva. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la anorexia se considera un síntoma que corresponde a una posición subjetiva frente al Otro. Para contar con la definición que posee actualmente la anorexia fue investigada bajo diferentes paradigmas. Campodónico (2023), citando a los postulados de Lacan, expresa que el primer paradigma giró en torno a la concepción de la anorexia como punto de fijación de la pulsión relacionada con las adicciones, el segundo paradigma fue la mirada clínica del deseo como un concepto que no puede simplificarse a una necesidad, y el tercer paradigma guardó relación con la posición de

“comer nada” y el riesgo de desaparición del sujeto como respuesta ante el Otro. Este largo bagaje teórico corrobora que para comprender la anorexia es necesario abordar varias aristas que guardan relación con el sujeto, el síntoma, y el Otro, más allá de la mirada conductual.

Concepción psicoanalítica de la anorexia

La teoría de Freud otorgó ciertos caracteres no relacionados a los síntomas físicos de la anorexia, situando a este fenómeno dentro de la estructura psíquica neurótica como forma de respuesta ante la sexualidad (Ruesgas y Solíz, 2005). Esta respuesta puede concebirse como un rechazo a la sexualidad, experiencia que se refleja en el cuerpo debido a la incapacidad de colocar en palabras este conflicto. A raíz de esa concepción, Lacan introdujo otro enigma sobre la anorexia, donde pasó de centrar la teoría en la explicación centrada en la fijación libidinal a la teoría que intenta ahondar más en el síntoma relacionándolo con la estructura subjetiva y el Otro. De acuerdo con Campodónico (2023), Lacan expresa que el concepto esencial en la anorexia es el “comer nada”, donde “nada” no representa un objeto cuantificable, sino una posición frente a la demanda del Otro.

El concepto de “comer nada”, permite que no se clasifique solamente a la anorexia como un fenómeno de la alimentación que responde a distorsiones en la imagen corporal. La anorexia funciona como operación subjetiva donde se intenta sostener el deseo propio del sujeto, más allá de la demanda del gran Otro. Según Abínzano y Fernández (2019), la anorexia no se centra en el deseo de adelgazar, también interviene la relación del cuerpo con un ideal del yo impuesto por un superyó en exceso riguroso. Por esta razón, según el psicoanálisis la anorexia no es más que el síntoma que surge a modo de respuesta ante la demanda de un Otro que se puede tornar muy completo, intrusivo, imposible de saciar, utilizando como recurso el rechazo de la alimentación para demostrar una diferenciación.

Comparación entre postura médica y postura psicoanalítica

La postura médica clasifica a la anorexia como un trastorno de la conducta alimentaria que atañe diferentes dimensiones como la biológica, psicológica y social, y debido a la magnitud de las consecuencias a nivel físico requiere estrictamente el trabajo interdisciplinario que tengan como objetivo el incremento de peso y perpetuación de hábitos alimenticios normales (Campodónico, 2023). Bajo esta noción, se puede comprender que la postura médica privilegia la eliminación del síntoma y la recuperación de la normalidad de los parámetros de la salud, implementando profesionales de ramas como la nutrición, psiquiatría, enfermería, endocrinología, entre otros.

Siguiendo esta línea, las concepciones psicoanalíticas no ignoran las consecuencias catastróficas que puede generar un cuadro de anorexia severa, y proponen una teoría diferente de aquellos factores que mantienen el fenómeno. Zukerfeld (1998) menciona que privilegiar el tratamiento de la anorexia mediante el enfoque netamente médico respondería a una reducción de la importancia clínica de un tratamiento que pueda requerir simplemente el ofrecer un espacio a la dimensión subjetiva. Mientras que el enfoque médico tiende a indagar e intervenir con el fin de la erradicación del síntoma alimentario, el psicoanálisis cuestiona la funcionalidad del síntoma, ahonda en aquellos factores subjetivos que mantienen el síntoma con respecto a la relación con el Otro. Abínzano (2018) acota que la anorexia no es un fenómeno que se presenta solo en una estructura psíquica determinada, sino que puede presentarse en la neurosis, psicosis, perversión y autismo. Por esta razón, debido a la complejidad que se puede observar en cada estructura con respecto al síntoma anoréxico resulta vital un diagnóstico diferencial minucioso que oriente a una intervención clínica adecuada. La postura médica como la psicoanalítica son necesarias para un óptimo tratamiento de la anorexia puesto que se complementan. La importancia del tratamiento médico recae en responder al riesgo inminente a nivel físico, mientras que la intervención orientada en el psicoanálisis le proporciona un espacio a la subjetividad, lo cual resulta fructífero para identificar las coordenadas que perpetúan el síntoma.

Anorexia como síntoma

Para hablar sobre la anorexia como un síntoma más allá de lo observable requiere de la interpretación basada en la teoría psicoanalítica. Para esto, se precisa a este fenómeno como una formación que posee un sentido para el sujeto que lo presente, aunque a simple vista este sentido sea un sin sentido para las personas externas. Ruesgas y Solíz (2005) menciona la relación del síntoma con la pregunta de la histérica anoréxica, donde se interroga “¿qué es una mujer?”, lo cual da paso a plantearse el rechazo por el alimento como una respuesta ante la feminidad que utiliza como medio el cuerpo y que manifiesta un conflicto que no se logra expresar utilizando el lenguaje. Bajo esta concepción, la delgadez no responde a seguir un ideal estético que la sociedad impone, sino que simbolizaría el medio donde existe una pregunta sobre el ser, que no puede ser manifestada por otro medio.

Ruesgas y Solíz (2005) acotan que la anorexia se manifiesta mayormente como acto en el cuerpo y no utilizando el lenguaje. Debido a esto es importante que se realice una comprensión clínica que no solo se centre en el significado tradicional de las palabras. Caso contrario puede llegar a ser contraproducente en el mejoramiento del paciente. Por esta razón,

el psicólogo a cargo debe afinar su escucha, respetar los tiempos del paciente e interpretar el relato que trae sobre su novela y las condiciones que expresa mediante el cuerpo. Campodónico (2023) señala que, si se ve a la anorexia como síntoma, es importante comprender que no se originará siguiendo una lógica causal, sino que se producirá a raíz del entramado que organice el sujeto con respecto a la demanda, su propio deseo, y los factores que orientan a las diferentes estructuras psíquicas.

Deseo y demanda del Otro

El deseo es un concepto ampliamente trabajado dentro de la corriente psicoanalítica debido al valor que cuenta en estructuración psíquica de cada individuo. Existen tres nociones que establece Lacan: necesidad, demanda y deseo (Ruesgas y Solíz, 2005). La principal diferencia entre estos 3 elementos —necesidad, demanda y deseo— es que a partir de la demanda y la necesidad es donde surge el deseo. En la anorexia, se visualiza a un Otro que proporciona en exceso su demanda de alimentación al sujeto, y el sujeto como respuesta “come la nada” y rechaza el alimento, no porque exista ausencia de deseo sino porque quiere sostenerlo. Para esto, el comer significaría que no existe espacio de diferenciación subjetiva frente al Otro porque se cede totalmente ante su demanda. Al momento en que se elige no comer es el medio donde se logra una intención de separación subjetiva frente a un Otro excesivamente presente o que no se sacia con nada.

Santiago (2020) introduce en la lectura sobre la anorexia, el término de hiperausencia del objeto, que representa el sujeto que “come nada” como intento de no quedar devorado o anulado por el Otro, esforzándose por sostener su propio deseo utilizando el cuerpo. Es fundamental que no se quede en la noción de negarse a comer sin algo más allá, sino que manifiesta el medio para no disolverse subjetivamente. Campodónico (2023) expresa que el anoréxico a través del cuerpo realiza una pregunta dirigida al Otro “¿me puedes perder?”, intentando generar una falta en él puesto que se presenta como alguien totalmente completo. Debido a esto, el rechazo del alimento representa una demanda de amor hacia el Otro, más allá de la pérdida del apetito, es una estrategia compleja, elaborada y en extremo perjudicial que pretende sostener el deseo para no ser eliminado subjetivamente.

CAPÍTULO 3

RELACIÓN DEL VÍNCULO MATERNO CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA

Cuando el lenguaje no alcanza el cuerpo llega a hablar, fenómeno que ocurre en el cuerpo del anoréxico. Este capítulo pretende abordar el modo en que el vínculo materno afecta en la estructuración subjetiva de un individuo que presenta anorexia. Entendiendo a la anorexia como un mensaje cifrado que guarda relación con la demanda, el exceso o la ausencia de ese Otro primordial.

El síntoma como respuesta al Otro

Con el paso del tiempo, se ha reestructurado la noción de síntoma dentro del psicoanálisis, transitando la creencia de ser algo a eliminar a ser una formación que debe ser leída y que conlleva una respuesta frente al Otro. El síntoma anoréxico no puede entenderse por separado de la trama que lo produjo. El rechazo al alimento simboliza una posición subjetiva que se enlaza a la ausencia del lenguaje y se relaciona con el deseo materno.

Debido a los aportes de varios autores que siguen la corriente psicoanalítica la concepción de la anorexia no se caracteriza exclusivamente a la restricción de la ingesta de alimentos, sino que abarca aspectos que involucran al sujeto y la relación con el Otro. De acuerdo con Abínzano (2018), dentro los aportes de Lacan en el texto “La dirección de la cura”, existe un término “pasiones del ser”, que describe la relación entre el sujeto anoréxico y el Otro, donde interviene las posiciones subjetivas ante la falta y el deseo del Otro. Precisamente, este término es empleado para describir la situación que se presente entre el sujeto anoréxico y el Otro. Este pensamiento guarda relación con el capítulo, puesto que otorga una base teórica que explica al síntoma como una respuesta inconsciente ante el Otro durante sus primeros años de vida.

Recalcati (2003) menciona que en la mayoría de los casos la demanda de alimentarse deviene por parte de los padres y no del sujeto anoréxico hacia el Otro. En estos casos suele presentarse un modo de operar distintivo del Otro materno donde demanda excesivamente que la paciente comience a ingerir alimentos con regularidad y se recupere. La carencia de demanda por parte de la paciente anoréxica representa el método de sostenerse frente al Otro que se tornó devorador o ausente. El funcionamiento del síntoma es la respuesta que utiliza la paciente para expresar el rechazo de aquello que el Otro le está ofreciendo, pero a su vez encarna el intento por diferenciarse del deseo del Otro y establecer una posición propia.

Lutereau (2021) acota la importancia del surgimiento de la pregunta sobre qué representa el sujeto para la madre en la anorexia. Esta referencia enmarca una de las dificultades en la estructuración del sujeto donde se relaciona a la anorexia como consecuencia de la ausencia de espacio para la falta. Cuando existe la ausencia del vacío estructural no se lleva a cabo correctamente la separación subjetiva debido a que no se constituye el deseo propio. En el momento en que el Otro materno se muestra completo, y sin falta, el sujeto responde absteniéndose de la alimentación para marcar un espacio o separación, aunque las consecuencias sean devastadoras en el cuerpo.

Resulta pertinente acotar que el modo de funcionamiento del síntoma no tiene como fin denominar la causa de la anorexia a un solo factor, la madre. Por el contrario, se busca aportar una teoría que permita la comprensión de cómo se puede llegar a formar un síntoma y el rol vital que posee el vínculo materno en la estructuración psíquica. Teniendo en cuenta que el síntoma abarca aquello que no se puede expresar por medio del lenguaje fácilmente. No todo puede ser dicho, no todo se puede saber, y un ejemplo de esto se encarna en la anorexia. El síntoma en el sujeto anoréxico es el mensaje cifrado hacia el Otro donde se habla mediante el cuerpo.

Goce en el psicoanálisis

Dentro del modo de funcionamiento del síntoma anoréxico interviene un concepto relevante para su comprensión, el goce. De acuerdo con Braunstein (2006), el goce se rige paradójicamente aportando satisfacción y a la vez una cuota de sufrimiento, que se torna en exceso y en repetición. A diferencia del puro placer que solo busca la sensación de bienestar y la eliminación de tensiones, el goce introduce la noción de la pulsión, que se repite constantemente y que trae efectos sobre el propio sujeto.

La anorexia no se puede entender como un simple deseo de ser delgada. La abstinencia de la ingesta alimentaria a nivel subjetivo conlleva un grado de satisfacción en el control del cuerpo y la privación. Debido a esta razón, el síntoma perdura en el tiempo, aunque se conozcan las consecuencias perjudiciales a nivel médico o aunque se posea una red de apoyo abastecedora. De acuerdo con los aportes lacanianos esta lógica de satisfacción que persiste, aunque traiga malestar responde a un modo de gozar. Recalcati (2004) lo ejemplifica en la clínica del vacío, donde el sujeto provoca un vacío mediante la falta de alimento lo cual implica una cara gozante, otorga una satisfacción a nivel inconsciente. Este vacío termina constituyendo la identidad del sujeto, su forma de habitar el mundo y a sí mismo. Cabe recalcar,

que el vacío que se menciona no simboliza la falta de algo literalmente, sino una posición subjetiva que se mantiene y es debido a la cuota de satisfacción que brinda que ni por medio de personas externas se logra cambiar. El síntoma anoréxico mediante la reducción del cuerpo está asociado a un modo específico de estructuración subjetiva que supone una función particular.

La clínica del vacío no se relaciona con la creación de una nueva estructura clínica, sino a la aparición de una nueva forma de sufrimiento contemporáneo. A pesar de que esta clínica se rija con los aportes clásicos del psicoanálisis debido a sus características no se puede abordar únicamente siguiendo los modelos que se centran en la neurosis o psicosis puesto que resultan insuficientes para la comprensión. Palombo (2016) señala que tanto la restricción alimentaria como el atracón bulímico representa la vivencia de un vacío que el sujeto debe crear y mantener para no desaparecer completamente. Este aporte guarda relación con el goce y la función materna puesto que al momento en que el Otro materno no otorga espacio para la falta, no se constituye un deseo propio de la hija, y este sujeto quedaría envuelto en una modalidad de goce que responde mediante la dinámica de la repetición y exceso.

Braunstein (2006) menciona que el goce siempre involucra al cuerpo y el lenguaje, lo cual repercute en el modo de vivir de un sujeto, el significado que este posee sobre la ética, sobre su sexualidad y el sufrimiento. Un ejemplo representativo de estas formas de sufrimiento se manifiesta en las adicciones y los trastornos alimenticios. En la anorexia se puede visualizar como el cuerpo es el instrumento donde participa el goce y tiene su inicio a partir de los primeros intercambios vinculares con el Otro primordial. Si esos encuentros presentaron un exceso o una ausencia en la función materna, una de las respuestas del sujeto puede incluir el uso del cuerpo como único lugar donde establecer un control, aunque intervenga una cuota de goce que lo puede dirigir hacia la destrucción.

La anorexia requiere de la comprensión del síntoma como respuesta a un Otro y la cara gozante que está presente inherentemente en él. Estos dos elementos permiten la explicación del funcionamiento de la anorexia con relación al vínculo materno. Sin embargo, este funcionamiento no significa que exclusivamente la madre originó el trastorno. El síntoma posee un entramado que relaciona elementos subjetivos complejos y aunque solo parezca algo destructivo cumple con una función que solo se puede discernir mediante la escucha clínica.

Anorexia como rechazo y control

El modo en el que el goce se escenifica en el síntoma anoréxico es mediante la satisfacción que genera el mecanismo de rechazo y control. Este rechazo en el cuerpo anoréxico resulta una operación que se realiza con mayor frecuencia frente a este Otro materno.

Lizana (2024) sostiene que el rechazo en el anoréxico es un mecanismo que representa el intento de separación del deseo materno, la maniobra para constituirse subjetivamente de forma adecuada. Sin embargo, este rechazo posee diferentes modos de función. Recalcati (2003) menciona que una de las funciones del rechazo, que se observa mayoritariamente en los casos es el intento de separación de ese Otro primordial. Al momento en que se priva la ingesta alimentaria se pone en marcha el método para poder alejarse de la excesiva demanda materna. Cuando ocurre el reforzamiento de la demanda por parte de familiares con la insistencia de comer es donde se incrementa el rechazo puesto que su finalidad era no satisfacer a esa demanda estragante. Lizana (2024) aclara que el propósito del rechazo anoréxico es la no contestación al imperativo del Otro materno, lo cual propiciará el surgimiento del deseo propio del sujeto más allá del de la figura materna. El comer nada representaría así, el primer recurso que emplea el sujeto para constituirse subjetivamente debido a que se imposibilitó el uso de otra vía que le permitiera expresar este conflicto.

Siguiendo la economía psíquica que posee la anoréxica adicionalmente al rechazo, se sitúa al control como otro mecanismo más representativo. Este control del cuerpo que utiliza el registro minucioso de calorías, el conteo del peso de forma constante va más allá de un síntoma obsesivo, es una defensa que sirve para confrontar la angustia. Abínzano y Fernández (2019) exponen que la anoréxica no solo controla excesivamente su cuerpo para ser más delgada, sino que encarna un superyó demasiado estricto y un conflicto psíquico con el cuerpo donde se contraponen el anhelo de alcanzar intensamente un ideal y el rechazo de este. Reflejando así un conflicto narcisista de amor y odio hacia el propio ser. Tal como sugiere Abínzano y Fernández (2019), en los primeros encuentros con el Otro materno emergió el intento de alcanzar el reconocimiento de este, instaurando así un ideal del yo. Este ideal en el sujeto anoréxico se transforma en la fuente de autoexigencia extrema que impone un exacerbante control sobre el cuerpo. El factor necesario para mantener la imagen idealizada del propio sujeto es el control minucioso, aunque conlleve daño severo en la integridad física. Este control corporal expresa aquello que no se puede regular o diferenciar en el vínculo con el Otro materno.

Los aportes sobre el control del cuerpo en la anorexia explican que debido a su funcionamiento a nivel psíquico es que no se puede eliminar el síntoma fácilmente puesto que nunca se trató de una cuestión meramente estética sino de un modo de respuesta ante la angustia y ante la posibilidad de disolución con la figura materna. El control corporal es el único medio por el cual el sujeto anoréxico logra sostener su propio deseo. Bajo esta perspectiva el control pasa a significar un “no” fuerte ante el Otro que impone con severidad. De esta forma, se puede entender al rechazo y al control como límites que intenta situar el anoréxico, elemento que el vínculo materno no permitió constituir de mejor manera.

El cuerpo como escenario de inscripción del conflicto

“El sujeto, en lugar de encontrar el punto desde el cual puede verse como amable, encuentra una mirada de desprecio que invalida su especularización narcisista, dejándola en estado de suspensión y con un juicio superyóico sobre el cuerpo” (Abinzano y Fernández, 2019, p. 117). De este modo, en este acápite se aborda cómo el cuerpo pasa a ser escenario de inscripción del conflicto debido a que el “espejo no ofrece al sujeto el soporte pacificador del Ideal del yo, sino solo la mirada cargada de reproches del superyó” (Abinzano y Fernández, 2019, p. 117).

El cuerpo en la anorexia como un medio de expresión del malestar

Abinzano y Fernández (2019) refieren que “el desencadenamiento de la anorexia, generalmente durante la pubertad, significa retroactivamente esa mueca del Otro, mirada de desprecio, como juicio superyoico sobre el cuerpo” (p. 117). Es así como las anoréxicas, a partir de esa mirada de desprecio o de mueca, significan su cuerpo e inscriben allí el conflicto que el Otro tiene con su cuerpo.

Como el cuerpo que se posee es el que no cumple con el ideal que tiene el Otro, las anoréxicas, teniendo en cuenta el juicio superyoico de la mirada, sufrirán de una perturbación de la percepción de la imagen corporal. Abinzano y Fernández (2019) plantean citando a Freud (1914), una articulación entre el superyó y la imagen corporal, que remitiría al narcisismo originario de la niña, siendo así que:

“Las perturbaciones a que está expuesto el narcisismo originario del niño, las reacciones con que se defiende de ellas y las vías por las cuales es esforzado al hacerlo [...] su pieza fundamental puede ponerse de resalto como “complejo de castración.” (p. 120).

Esta perturbación ocurre por las primeras experiencias satisfactorias que el Otro materno logró darle al sujeto en la infancia. Al haber sido aceptado por el Otro con la imagen corporal que poseía en su infancia, y al haber obtenido de ella amor por la constitución corporal anterior, las adolescentes pondrán en la figura materna el amor hacia sí mismas. Es decir, a partir de las miradas, de los actos o de las palabras que sean dirigidas hacia las adolescentes, ellas constituirán subjetivamente el cuerpo que tienen, significándolo como suficiente o insuficiente para el Otro materno en relación con lo que ella les brinde como significante. Según Abíznano y Fernández (2019) “lo que el Otro proyecta frente a sí como su Ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la cual él fue su propio ideal, a resguardo de la castración” (p. 120).

Es decir, la perturbación de la imagen corporal ocurre porque, al ya no encontrarse gozando del mismo amor que el Otro logró brindarle en la infancia debido a que tuvo un cambio corporal, se produce la castración del narcisismo del sujeto. Freud (1914) citado en Abíznano y Fernández (2019) argumentará que “el sujeto será incapaz de renunciar a la satisfacción (de amor) de la que gozó alguna vez, ya que procura recobrar esa satisfacción bajo la forma del Ideal del yo” (p. 120-121), y será este Ideal del Yo que provocará una inconformidad del propio cuerpo en las adolescentes, desencadenando la sintomatología anoréxica.

Las anoréxicas manifestarán, como síntoma primordial, la privación de la ingesta de alimentos. Sin embargo, se indicará lo siguiente:

“Abordar la relación con el alimento y el aprendizaje implican la sexualidad, requieren en su fundamento de un don, de un signo del amor del Otro, pues el amor es el que está habitado por la falta; y entonces, porque no es completo, se quiere más, porque no es completo siempre hay un don que entregar, porque es carente se apetece más, porque es enigmático se busca más.” (León, 2019, citado en Campodónico, 2023)

Es decir, las anoréxicas permanecen identificadas con el Ideal del Yo. Abíznano y Fernández (2019) destacan que “el Ideal del Yo es ubicado como el punto desde el cual el sujeto se ve como visto por el otro, lo cual le permite sostenerse en una situación dual satisfactoria para él desde el punto de vista del amor” (p. 121). Sin embargo, desde esta posición, al haberse inscrito en su subjetividad la mirada despectiva de la figura materna, tendrá en cuenta que al punto de vista del Otro le falta algo con lo que antes pudo obtener satisfacción. Es así como le resultará difícil aceptar formas de amor distintas de aquella que experimentó en la infancia, cuando se percibía completamente aceptada y amada por el Otro. En este sentido,

la anoréxica "come nada" como una respuesta frente a un amor que vive como insuficiente e incompleto, un amor castrado. El rechazo al alimento expresa el rechazo a un amor que considera fallido, pues permanece marcada por la huella de la mueca o gesto de desaprobación materna, que les impide sentirse verdaderamente amadas.

Será allí donde el cuerpo se convierte en el escenario del conflicto materno que viven las adolescentes. Al investir al Otro materno como quien porta las significaciones que ayudarán a la constitución subjetiva de su cuerpo, las adolescentes se verán afectadas por los significantes que sean emitidos de dicha figura. El malestar se vive en el cuerpo porque se inscribe el malestar del Otro materno con respecto al cuerpo que poseen las adolescentes, y las manifestaciones anoréxicas tendrán dos fines: poseer una imagen que asegure felicidad para ese Otro a quien se genera malestar y, al mismo tiempo, rechazar el amor en falta que es proporcionado por el Otro, a quien no se da satisfacción, resultando en un llamado de atención para que ese Otro que rechaza al sujeto se dé cuenta de que hay algo que está haciendo de manera incorrecta.

Relación entre imagen corporal, deseo y demanda

La imagen corporal en la anorexia es “el rechazo del cuerpo propio en una necesidad de rechazar el cuerpo de la madre a quien pertenece dicho cuerpo” (Bruch, 1965, citado en Pereña, 2007, p. 532).

Se plantearía entonces que el rechazo al alimento no se centraría únicamente en “comer nada”, sino que tendría su centro en rechazar la implicación de dicha figura materna que resulta invasora en las adolescentes. El cuerpo, al tomar un aspecto indeseable para el Otro materno, se convertiría en la barrera en dicho vínculo. Pereña (2007) plantea de esta forma que:

“Se trata del cuerpo y de la separación del cuerpo de la madre, esa es la cuestión, la dificultad de esa separación, con la confusión consiguiente que conduce a una impotencia o trastorno del narcisismo, digamos, de investimento libidinal del propio cuerpo, ya que se ha perdido o no aconteció la distancia entre las necesidades de la niña y las respuestas de la madre.” (p. 532)

Es decir que, mediante la privación de la ingesta, hay un intento de rechazo de ese amor incompleto que el Otro materno dirige hacia las adolescentes a modo de demanda. Desde Pereña (2007) se expondría que “A falta de esa separación y de esa discriminación, la niña no responde a sus “necesidades” sino a las de la madre” (p. 532). Las adolescentes se sienten

invasadas de las demandas de amor que su figura materna dirige hacia ellas, pero ellas son conscientes de su imposibilidad de poder responder a ellas. Las adolescentes se sienten inconformes por tener que suplir demandas que no les pertenecen y, además, se sienten impotentes al saber que las demandas de “amor” que son dirigidas a ellas, en realidad ya no están investidas del mismo amor del que obtuvieron satisfacción en su infancia. Por lo tanto, este vínculo se compondrá de un Otro materno que demanda de su hija ser, tener y cumplir lo mismo que fue en su infancia, estando atrapada en la fantasía de que su hija sigue constituida subjetivamente como un Yo Ideal. Por otro lado, habrá adolescentes que intentan sostenerse en ese mismo Yo Ideal para conservar el amor materno que tuvo en la infancia, pero al tener conocimiento de que ya no pueden cumplir el ideal que fue antes y que su figura materna aún demanda, habrá un sentimiento de insuficiencia en ellas. En este contexto, la restricción alimentaria adquiere el valor del rechazo al amor en falta y a las exigencias maternas: al dejar de intentar recuperar el amor absoluto que alguna vez experimentó, las adolescentes responden mediante la negativa a aceptar un amor percibido como condicionado e incompleto, teniendo como única salida el “comer nada”.

Pereña (2007) argumenta que la destrucción del cuerpo se da desde “el campo de la hostilidad adolescente como una forma de oponerse a la propia dependencia infantil” (p. 532 – 533). Al ser el Otro materno quien dirige una demanda a las adolescentes que les resulta devoradora y en falta, las adolescentes ponen el cuerpo para protegerse y rechazar las exigencias maternas invasoras. Pereña (2007) nombra a esta modalidad de protección como un “intento de separación e independencia” a través del rechazo o “reclamo” con la privación alimentaria. Es entonces como las adolescentes, a través de la oposición que exclaman presentando dentro del vínculo un cuerpo desgastado, frágil y que no acata a sus demandas, estarían demandando autonomía desde la unión que tienen con el Otro, con el que están completamente a disposición debido a su desvalidamiento físico para poder satisfacerse por cuenta propia, habiendo una relación dependiente. Sin embargo, cuando las adolescentes se dan cuenta de que su figura materna y ellas están separadas, y que esta figura no es incondicional, experimentarían un conflicto en cuanto a la satisfacción y al amor que les brinda dicha figura materna, siendo allí donde subjetivamente se separarían y donde se daría comienzo a la constitución subjetiva del sujeto. Allí, en esa separación, Pereña (2007) argumentaría una cuestión importante sobre el rechazo, exponiendo que “lo que supone el rechazo es componente obligado de la subjetividad” (p. 534).

Será desde el rechazo a la comida en donde se empezaría a hablar del deseo de las adolescentes. Ellas, al seguir respondiendo a las exigencias maternas, siguen aún alineadas al Otro, algo que no es porque deseen que su modo de vida sea de esa forma, sino porque se encuentran frente a un Otro materno que las devora con su propio deseo. Las adolescentes entonces se encontrarán de cierta forma *enjauladas* en el deseo del Otro materno devorador que les dirige demandas imposibles. Será allí donde las adolescentes, *deseando* desde su propia subjetividad, pondrán el cuerpo para detener la llegada de demandas de su figura materna. Allí, a través de un cuerpo enflaquecido por la privación, no solamente alimentaria, sino amorosa, las adolescentes harán un intento de producir un afloramiento subjetivo, empezando a *demandar* comer nada, porque lo que el Otro le da no las satisface, y no es lo que ellas desean adquirir.

El síntoma como lazo con el Otro

El cuerpo habla cuando las palabras no alcanzan y se manifiesta mediante el síntoma. El síntoma no es un elemento para erradicar sino a leer teniendo en cuenta su opacidad. De acuerdo con Ramírez (2020) el síntoma hace lazo social dependiendo de la forma en la que se dirige al Otro. Exponiendo la contradicción del síntoma donde se dice que aparta al sujeto en su propio malestar mientras surge a raíz de un modo de relacionarse con el Otro, aunque este modo no sea el idóneo o más adecuado para el sujeto.

El síntoma como vía de expresión

El síntoma es un elemento clave en la teoría psicoanalítica desde que se descubrió aquello que intenta expresar. En el caso de Anna O. se pudo ejemplificar el valor del síntoma a nivel corporal, donde las somatizaciones no concordaban con afectaciones a nivel orgánico, sino que respondían a una experiencia subjetiva que no podía ser tramitada empleando otros elementos. Romero (2023) retomó el término “cura por la palabra”, donde en la casuística cuando el paciente lograba hablar algo que antes no podía, se iba aminorando el síntoma. Este aporte introdujo la creencia de que el síntoma no implica afectación a nivel orgánica que responda a algo netamente médico, sino a un conflicto que busca ser dicho y que no encuentra otro medio.

Según Romero (2023) cuando surgió la tónica de Freud sobre el preconscious, consciente y el inconsciente, el síntoma se lo denominaba como una “formación de compromiso entre dos deseos opuestos”, los cuales derivaban en el surgimiento la manifestación sintomática. Con el avance de los descubrimientos en la teoría psicoanalítica se

estableció que el síntoma contaba con una significación donde la historia singular del individuo que lo posee cuenta con un rol importante en su formación. Debido a esta premisa es que el tratamiento del síntoma apunta a descubrir el mensaje cifrado que no se puede poner en palabras. Romero (2023) menciona que el momento en que Freud establece la segunda tópica, donde introduce el concepto del Ello, Yo y Superyó pasó a relacionarse el síntoma con la angustia y la represión. La represión, elemento donde opera el Yo, impide que ciertos factores pulsionales se vuelvan consciente, lo cual retorna de manera indirecta en síntomas que proporcionan satisfacción. Estas teorías fundamentan la base donde se establece al síntoma como medio de expresión, que confabula la represión con aquello que quiere entrar al plano de la consciencia.

Siguiendo los postulados de Lacan donde se menciona que el inconsciente se constituye como un lenguaje, se puede pensar que el síntoma no es aislado y es la consecuencia de la cadena significante. Al ser una manifestación inscrita en esa cadena también responde a la metáfora y la metonimia. Según Tendlarz (1997), la metáfora es un mecanismo donde un significante sustituye al otro, elaborando un nuevo sentido. Por esta razón Lacan establecía una comparación con el síntoma y la metáfora, donde el síntoma expresa a manera de sustitución un conflicto psíquico que no puede tramitarse desde otra vía.

Función del síntoma en la relación figura materna – hija

Betancourt et al. (2007) describen de manera particular la relación figura materna-hija cuando se dan trastornos alimenticios como la anorexia, afirmando que “se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija” (p. 267).

En este sentido, el síntoma anoréxico sería el resultado de la falta de separación en el vínculo Otro materno-hija. Es así como la función del síntoma anoréxico no estaría separado de esta situación, ya que si bien, este surge por una relación simbiótica que prevalece en la adolescente, su función se encaminaría por la obtención de esta separación. Es decir, el síntoma anoréxico funciona para lograr que la adolescente logre su autonomía e independencia de dicho Otro materno que la devora con su demanda de amor.

Betancourt et al. (2007) proponen que “las pacientes con anorexia nerviosa buscan en el síntoma restrictivo-purgativo una salida en falso para alcanzar la individualidad” (p. 267). En otras palabras, la anorexia constituye un intento paradójico de obtener autonomía allí donde

esta no pudo construirse mediante el vínculo con la figura materna. El control ejercido sobre el propio cuerpo y la alimentación se convierte en un espacio subjetivo desde el cual las adolescentes procuran establecer límites frente a un Otro materno que resulta demandante y difícil de satisfacer. Betancourt et al. (2007) expondrían una concepción importante de la función del síntoma, diciendo que “El síntoma se erige como un preciado espacio de control, tal vez el único posible frente a una madre tan absorbente y difícil de complacer” (p. 267).

En consecuencia, la función del síntoma anoréxico no puede entenderse únicamente como una conducta patológica dirigida contra el propio cuerpo, sino como un recurso defensivo mediante el cual las adolescentes intentan construir una identidad subjetiva separada del deseo materno. Sin embargo, esta búsqueda de independencia constituye una "salida en falso", pues la autonomía no se alcanza a través de la elaboración psíquica del proceso de separación, sino mediante la autoagresión y el control extremo del cuerpo. Así, el síntoma expresa simultáneamente la imposibilidad de separarse del Otro y el esfuerzo por hacerlo, revelando que el intento de tener independencia queda ligado al vínculo del cual las adolescentes buscan desprenderse.

La anorexia como respuesta a la demanda del Otro

La anorexia puede entenderse como una respuesta a la demanda del Otro, porque el acto de comer no se reduce a la satisfacción de una necesidad fisiológica, sino que se encuentra mediado por el vínculo con quien alimenta. Pereña (2007) sostiene que "el hambre, o la satisfacción corporal de la necesidad, está intervenida por los otros, por la madre" y que, al estar las necesidades humanas "intervenidas por el otro, ya no se rigen tanto por el alimento sino con relación a quién lo alimenta" (p. 533). De este modo, la alimentación queda atravesada por la demanda del Otro, de modo que el sujeto no sólo recibe alimento, sino que también formas de reconocimiento, amor y significación.

En este sentido, la anorexia se da cuando la demanda del Otro ocupa un lugar completo dentro de la necesidad y no deja espacio para que el sujeto pueda constituir un deseo propio. Pereña (2007) afirma que "si la comida, por las razones que sean, sustituye la demanda del sujeto, entonces lo anula, el sujeto desaparece o ha de rechazar la comida" (p. 533). El rechazo alimentario adquiere un valor subjetivo: significa, para el sujeto atrapado dentro del deseo materno, un intento de preservar su propia subjetividad. La negativa a comer no representa simplemente una oposición al alimento, sino también una forma de resistirse a quedar completamente definido por el deseo o las exigencias del Otro y encerrado en ellos.

Esta problemática se origina en las primeras relaciones de dependencia. Pereña (2007) señala que "la madre no da simplemente el alimento, da la vida psíquica, transmite el deseo de vivir" (p. 534). Cuando dicha separación no se produce y el vínculo permanece marcado por la desvalorización de las necesidades del niño y una predominancia de las expectativas maternas, el alimento deja de ser vivido como una fuente de satisfacción para convertirse en una presencia invasiva. Según Pereña (2007), "si el alimento es una continuación impositiva y asfixiante del cuerpo de la madre, si no hay distancia oréxica o libidinal, el sujeto está obligado al rechazo" (p. 535). Así, el síntoma anoréxico funciona como una respuesta que lo defiende ante a una demanda que impide la separación subjetiva.

Desde esta perspectiva, la anorexia no expresa únicamente el deseo de controlar el cuerpo o alcanzar un ideal de delgadez, sino también una tentativa de desligarse de las exigencias del Otro cuando éstas han anulado el deseo propio. Pereña (2007) describe a estos sujetos como personas que viven sometidas a "un universo de exigencias desconcertantes que el sujeto no sabe de dónde vienen y que, en todo caso, arrasan con cualquier posibilidad de preguntarse por un deseo propio" (p. 534). En consecuencia, la restricción alimentaria puede entenderse como una forma extrema de responder a esa invasión de la demanda: rechazando el alimento, el sujeto intenta rechazar también la apropiación de su cuerpo y de su deseo por parte del Otro. De este modo, el síntoma anoréxico se configura como una respuesta paradójica: busca preservar una subjetividad amenazada, aunque lo haga al precio de poner en riesgo el propio cuerpo y la vida.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, el cual permitió, según Hernández et al. (2014) “comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes, en su ambiente natural y en relación con su contexto” (p. 9). Este enfoque resultó pertinente debido a que se buscó explorar fenómenos psicológicos complejos dentro de su contexto social y relacional de las adolescentes, con la finalidad de indagar en la relación entre la vivencia conflictiva con el amor materno y el desarrollo de la anorexia en ellas. La elección de este enfoque se justificó porque la influencia del vínculo amoroso con el Otro materno no se manifiesta únicamente a través de variables medibles, sino mediante vivencias internas, discursos y dinámicas familiares. Así mismo, permitió captar las experiencias de las adolescentes desde distintas experiencias de atención psicológica. De este modo, se favoreció una comprensión profunda del desarrollo de anorexia en esta etapa evolutiva.

Paradigma de la investigación

La investigación se inscribió dentro de un paradigma interpretativo, con un alcance descriptivo, el cual buscó caracterizar aspectos relacionados entre el vínculo materno en adolescentes mujeres de 12 a 17 años y el desarrollo de anorexia en ellas, a partir de la experiencia clínica de profesionales de la psicología. Es así como el estudio pretendió describir las características del vínculo entre las adolescentes y sus figuras maternas, su relación con el cuerpo y la alimentación, las manifestaciones del trastorno y la función que puede adquirir el síntoma anoréxico dentro de dicha relación, sin establecer una relación causal entre estos elementos.

De acuerdo con Hernández et al. (2014), los estudios de alcance descriptivo buscan “especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos u otros fenómenos que sean sometidos a análisis”, siendo así que desde este paradigma la investigación se orientó a describir el fenómeno de interés a partir de la información proporcionada por psicólogos clínicos mediante entrevistas semiestructuradas.

Método de la investigación

El método que se seleccionó para la investigación fue el método fenomenológico, el cual definiéndolo desde Creswell (2013) busca “describir el significado de las experiencias vividas por varias personas respecto de un concepto o fenómeno” (p. 76). Este método permitió visualizar, desde una mirada e interpretación psicológica, cómo las adolescentes experimentan la vivencia del vínculo conflictivo del amor materno. La aplicación de este método se justificó porque el trastorno alimentario de la anorexia se desarrolla a partir de experiencias subjetivas relacionadas con la crianza y las expectativas del Otro materno. A través de este método, se identificaron patrones interpretativos comunes entre los participantes, favoreciendo una aproximación empática y respetuosa hacia la vivencia adolescente.

Población y participantes de la investigación

La población de estudio estuvo conformada por 10 profesionales de la salud, específicamente psicólogos clínicos, que han trabajado junto a adolescentes de 12 a 17 años con anorexia. La participación de los profesionales de salud fue esencial para poder obtener una respuesta, desde una perspectiva psicoanalítica, a el por qué la vivencia conflictiva del amor materno da paso al desarrollo de síntomas anoréxicos.

Criterios de inclusión

- Psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica.
- Experiencia previa en el tratamiento de anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años.
- Disposición para describir su experiencia de tratamiento con pacientes anoréxicas.

Criterios de exclusión

- Dificultad para consentir libre e informadamente.

Procedimiento para el contacto con la población y participantes de la investigación

Fases	Actividad realizada
Fase de planificación y diseño	Socialización del trabajo de investigación con docentes dentro de la Facultad de Psicología, Educación y Comunicación y con estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica que contarán con contactos de psicólogos clínicos, con orientación psicoanalítica,

	externos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para realizar la selección de participantes. Elaboración del guion de la entrevista dirigida a los psicólogos clínicos a partir de los objetivos de investigación. En total, se elaboraron 10 preguntas abiertas. Además, se realizó el consentimiento informado dirigida a los psicólogos clínicos.
Fase de contacto y selección de los participantes	Obtención de respuestas afirmativas de parte de los psicólogos clínicos externos acerca de su participación en las entrevistas a través del contacto de docentes y hacia estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica. Establecimiento de contacto con 10 psicólogos clínicos mediante WhatsApp para brindar información acerca del objetivo de la investigación, las características de la entrevista y la confidencialidad bajo la que se llevaría la obtención de respuestas. Coordinación de la fecha, la hora y modalidad de las entrevistas (presencial o virtual).
Fase de aplicación de las entrevistas	Antes de iniciar cada entrevista, se reiteró en la explicación del objetivo de la investigación, en el método de recolección información que se aplicaría y se brindó el consentimiento informado en una hoja física al que dieron lectura y firmaron voluntariamente confirmando su participación y el uso de sus respuestas en la investigación. Cada entrevista fue realizada de manera individual bajo la modalidad de una entrevista semiestructurada, en donde se realizaron preguntas a partir del guion realizado y preguntas adicionales a partir de sus respuestas. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora.
Fase de transcripción	Transcripción de las respuestas brindadas en las entrevistas, procurando plasmar el contenido literal expresado por cada participante.
Fase de organización de la información	Organización de las respuestas obtenidas en categorías temáticas para darle respuesta a los objetivos de investigación planteados. Análisis de las respuestas para identificar aspectos comunes, diferentes y relevantes entre cada experiencia terapéutica de los psicólogos clínicos.

Consideraciones éticas

La investigación de desarrolló esencialmente bajo el principio ético de la confidencialidad del manejo de datos, ya que se trabajó con el relato clínico de los psicólogos clínicos a partir de un trabajo terapéutico realizado con menores de edad, quienes son las adolescentes mujeres de 12 a 17 años, siendo este contenido una información sensible. Así mismo, al ser un trabajo de investigación basado en adolescentes con un trastorno alimenticio como la anorexia, se procuró evitar la socialización de casos específicos, identidades de las pacientes o historizaciones de los síntomas de parte de los psicólogos clínicos, siendo así que la información obtenida fue analizada de manera general, estando enfocada en aspectos específicos de las manifestaciones anoréxicas y de aspectos comunes entre las relaciones vinculares de las adolescentes anoréxicas.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

La técnica de recolección de información seleccionada fue la entrevista semiestructurada, ya que permitió acceder, desde la interpretación de los profesionales psicológicos, al discurso del adolescente y a la expresión corporal del conflicto mediante el trastorno anoréxico. Hernández et al. (2014) señalan que la entrevista semiestructurada ofrece flexibilidad para profundizar en los temas relevantes, manteniendo una guía previa (p. 403), permitiendo recoger relatos clínicos y significados subjetivos desde la perspectiva psicoanalítica.

Como método secundario se empleó la revisión bibliográfica, con la que se realizó una búsqueda, selección, análisis y síntesis de información de fuentes académicas y científicas para poder fundamentar la investigación.

Los instrumentos usados en la investigación fueron los siguientes: guion de la entrevista que contó con 10 preguntas abiertas dirigidas a los psicólogos clínicos con las que se abordó la relación entre la vivencia conflictiva del amor materno con el desarrollo de anorexia, una grabadora para documentar los testimonios, un cuaderno de notas, el consentimiento informado dirigido a los profesionales y las bases de datos académicas.

Tabla 1. Categorización de preguntas

Categorías de estudio	Descripción	Preguntas a profesionales
Rol del vínculo y vivencia con el Otro materno en etapas tempranas de la construcción de la relación del sujeto con el cuerpo y la alimentación.	Descripción del vínculo figura materna-hija y de la influencia de este vínculo en la construcción de la relación de las adolescentes con el cuerpo y la alimentación.	En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna? ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?
Manifestaciones de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años.	Caracterización de los síntomas que suelen aparecer en adolescentes mujeres con anorexia.	Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?
Aspectos que evidencian el conflicto de la función materna con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia.	Relación entre el conflicto con la figura materna y el por qué se da el desencadenamiento y mantenimiento de los síntomas anoréxicos.	¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención? ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija? ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre? ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?
Recomendaciones para abordajes terapéuticos en el tratamiento de anorexias.	Aportes de estrategias e intervenciones para una mejora en el abordaje del tratamiento de adolescentes anoréxicas	Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

	que tienen un vínculo conflictivo con su figura materna.	¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno? ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?
--	--	---

CAPÍTULO 5

Presentación y Análisis de resultados

Presentación de resultados

Entrevistas a psicólogos

Para la obtención de los resultados se empleó como instrumento la entrevista semiestructurada, compuesta por 10 preguntas, dirigida a psicólogos clínicos que han atendido a adolescentes mujeres de entre 12 y 17 años con anorexia. Las preguntas estuvieron orientadas a conocer, desde la experiencia clínica de los profesionales, aspectos relacionados con el vínculo temprano entre las adolescentes y sus figuras maternas, la relación con el cuerpo y la alimentación, las manifestaciones de la anorexia, la función del síntoma anoréxico, los procesos de diferenciación respecto a las expectativas maternas y las estrategias de intervención. A partir de las respuestas obtenidas, se presentan los perfiles de los psicólogos que fueron partícipes de las entrevistas y los resultados obtenidos:

Pregunta 1: En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Tabla 2. Descripción de la relación temprana entre la paciente y su figura materna

Psicóloga 1	He observado que, en algunos casos, la relación temprana entre la adolescente y su figura materna se caracteriza por una cercanía y dependencia emocional que llega a dificultar el proceso de separación y diferenciación, entonces la adolescente encuentra obstáculos para constituirse como un sujeto diferenciado de la figura materna. Lo he visto sobre todo en vínculos donde existen límites poco claros, una fuerte dependencia afectiva o, por el contrario, una relación marcada por distancia y dificultades en la disponibilidad emocional. Considero que el conflicto no necesariamente radica en la presencia o ausencia de la madre, sino en la dificultad de la adolescente para transitar de manera adecuada el proceso de separación, permitiendo que pueda diferenciar sus deseos de los de su figura materna sin sentir que pierde el vínculo.
Psicóloga 2	Es variable, hay casos en donde la relación es distante, relaciones conflictivas y a

	veces hay vínculo cercano entre ambas. Sin embargo, durante las sesiones se observa una madre preocupada por su hija que está padeciendo este malestar.
Psicóloga 3	Es fundamental considerar la relación temprana entre cada paciente y su figura materna, ya que muchas veces es este vínculo el que termina generando un síntoma en el niño. En el área de neuropsicología, donde se tratan diversos trastornos del neurodesarrollo, caracterizar los hitos del desarrollo infantil es central, y sobre todo indagar en la historia clínica por qué ciertos hitos no se lograron a tiempo. Con frecuencia esto se relaciona con la influencia de la madre en el niño, lo cual en muchos casos dificulta un desarrollo adecuado, no necesariamente porque exista negligencia o abuso, sino porque las madres tienden a la sobreprotección, o bien a cierta falta de atención hacia el desarrollo de habilidades específicas, debido a trabajo, metas personales, factores económicos o dinámicas familiares que limitan las oportunidades del niño para desarrollarse.
Psicólogo 4	Estragante, con múltiples dificultades como la separación debido a que la figura materna es vivida como invasiva o demandante.
Psicóloga 5	La relación temprana entre estas pacientes y su Otro primordial, que con mucho esfuerzo intenta cumplir la función materna, es una interrogante fundamental en este trabajo, hay que estar advertidos de que la respuesta siempre será distinta, pues no hay dos anoréxicas que sufren igual. Si pensamos entonces en el encuentro inicial de un bebé con el “pecho” de la madre se trata de un encuentro relacional y no solamente nutricional. El ser humano se nutre de esa relación, de la mirada que es principalmente deseo. Hay más afectos que solo los tiernos y amorosos que se ponen en juego en la relación temprana entre una madre y su bebé; el odio, el juicio, la condena, quiero referirme al rechazo con más precisión. Aquí quiero animarme a decir que en esta clínica si

	bien está en juego la oralidad hay algo de la mirada que también es muy importante atender.
Psicóloga 6	No considero que exista un único tipo de relación materna que explique la aparición de la anorexia. Sin embargo, desde una perspectiva clínica, en algunos casos pueden observarse vínculos caracterizados por una elevada preocupación, sobreprotección, dificultades para establecer límites o expectativas muy marcadas hacia la hija. También pueden existir dificultades en la comunicación emocional.
Psicóloga 7	No he encontrado un patrón único. Podría decirse que puede predominar sobreprotección o comentarios que hacen sentir que si se cumple expectativas recibirían más afecto- Sin embargo, aunque sea relevante hay que ver más factores que puedan explicar el desarrollo del TCA.
Psicóloga 8	En los casos que he visto, la dinámica temprana entre madre e hija ha sido compleja, en donde la madre abarca parte de la vida de la paciente, es decir, dictamina sus rutinas, espacios, tiempos, etc., sintiéndose la responsable de su vida y “devoradora” del deseo de la paciente.
Psicólogo 9	Una madre presente, pero que agobia mucho, muy asfixiante. En los casos que he tenido también ha variado la función materna, se ha mostrado a una madre ausente pero padre muy estragante, muy presente o que cuenta con una postura muy radical.
Psicóloga 10	Relación compleja, no todos los casos hay una relación con la madre. La relación entre la comida y la familia son complejas, la adolescencia es una etapa compleja especialmente en la mujer, que pasa de cuerpo niña a cuerpo mujer. El tema de la feminidad.

Pregunta 2: ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Tabla 3. *Influencia del vínculo temprano en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación*

Psicóloga 1	Desde que nacemos, cuerpo y alimentación se encuentran entrelazados, se accede a la alimentación a través del cuerpo de la madre, influye definitivamente el vínculo con esta madre. Si desde muy pequeña, las experiencias de cuidado giraron en torno a satisfacer las necesidades del cuerpo, la adolescente puede aprender que su cuerpo cumple una función en el vínculo con su madre, entonces ya no es solo suyo, sino una herramienta para relacionarse. Con respecto a la alimentación, aceptarla es aceptar el cuidado de la madre, por lo tanto, dejar de comer se convierte en una forma de protestar o recuperar control, si el vínculo se vive como muy angustiante.
Psicóloga 2	Depende del contexto, no todas las adolescentes que poseen una relación distante puedan desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, más bien podría darse por comentarios pasivo-agresivos de mamá hacia ella sobre la imagen corporal, eso quiere decir que el factor principal son comentarios realizados en el área familiar o hasta podría darse en la dinámica escolar.
Psicóloga 3	De manera directa. Es en la primera infancia donde se establece y determina la relación que un niño tendrá frente a diversos aspectos de su vida, entre ellos la alimentación. Con frecuencia los padres utilizan la comida como recompensa o como forma de control, y el niño crece internalizando esa lógica, lo que más adelante puede traducirse en una relación conflictiva con el cuerpo y con el comer.
Psicólogo 4	Como importante debido a que este primer vínculo permite el acceso y la forma de relacionarse con otras personas. Este primer encuentro remarca como una persona logra una relación con su cuerpo y los alimentos. Es importante recalcar que el alimento constituye uno de los primeros intercambios entre el niño y la madre. El alimento no solo satisface una

	necesidad biológica, sino que adquiere un valor, un significado como de amor, cuidado o demanda. Cuando la necesidad, demanda o deseo quedan confundidos la adolescente puede recurrir al cuerpo y la alimentación como una vía para poder formular aquello que a través de la palabra no se logra.
Psicóloga 5	Puedo iniciar respondiendo que no hay una anorexia igual a otra. Ningún vínculo temprano es igual a otro y por supuesto que los primeros encuentros o desencuentros al inicio de la vida no influyen de la misma manera para todos. Los casos que acompañé no siempre están enredados con un cuerpo delgado o “femenino” que cause deseo, más bien escucho que el cuerpo puede ser causa de mucha angustia, de un horror, de rechazo. En mi práctica clínica me encontré con pacientes anoréxicas en la vertiente del rechazo al Otro, rechazar todo lo que tiene que ver con el lazo social, se trata de una condición muy radical, muy parecida a lo que ocurre en las toxicomanías.
Psicóloga 6	No considero que exista un único tipo de relación materna que explique la aparición de la anorexia. Sin embargo, desde una perspectiva clínica, en algunos casos pueden observarse vínculos caracterizados por una elevada preocupación, sobreprotección, dificultades para establecer límites o expectativas muy marcadas hacia la hija. También pueden existir dificultades en la comunicación emocional.
Psicóloga 7	Los padres son el principal vínculo de seguridad y apoyo durante los primeros años, por lo que la calidad de ese vínculo influye significativamente en la construcción de la identidad, la autoestima y la capacidad de autorregulación. Cuando existen dificultades en estas relaciones tempranas, el cuerpo puede convertirse en un espacio donde se expresan conflictos emocionales. La alimentación aquello que se recibe y aquello que se rechaza o se "saca" puede transformarse en una forma de comunicar malestar, expresar

	necesidades emocionales o recuperar una sensación de control.
Psicóloga 8	Influye muchísimo, puesto que el vínculo temprano deja una huella mnémica que se reactualiza en la adolescencia, ahí es donde se pone en juego muchas variantes en relación con la comida y el cuerpo, puesto que la madre representa esta vertiente de alimentación/cuidado y si esta cuestión tiene una perspectiva problemática para la paciente, ahí es cuando surgen problemas o trastorno alimentarios.
Psicólogo 9	Considero que ese vínculo temprano influye porque existe una primera instauración del deseo materno, a partir de la cual la adolescente comienza a construir su relación con su propio cuerpo y con la alimentación. La manera en que la madre responde a sus necesidades y deseos puede influir en cómo la adolescente posteriormente percibe su cuerpo, sus necesidades y la forma en que busca satisfacerlas. En este sentido, la alimentación no se relaciona únicamente con una necesidad biológica, sino que también puede adquirir un significado afectivo dentro de ese vínculo temprano.
Psicóloga 10	Influye mucho porque la madre es el referente del cuerpo, del vínculo, de la comida, la que introduce el mundo de la comida. El dar el pecho como ese otro materno introduce el alimento es muy importante, va a ver una huella mnémica de alguna manera en el cuerpo porque es el primer acercamiento al alimento.

Pregunta 3: Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Tabla 4. Manifestaciones de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años

Psicólogo 1	Las manifestaciones que he observado con mayor frecuencia incluyen una preocupación intensa por el peso y la imagen corporal, restricción de la ingesta, y percepción distorsionada del propio cuerpo. También pueden aparecer
--------------------	--

	conductas de evitación relacionadas con la alimentación, subestimar o no reconocer la gravedad de la situación, irritabilidad, aislamiento social, cambios en el estado de ánimo y un aumento de la necesidad de control. En algunos casos, estas adolescentes presentan además rasgos de perfeccionismo, alta autoexigencia y mucha dificultad para expresar sus emociones de manera directa.
Psicóloga 2	Baja autoestima, no desea acudir a reuniones familiares o fiestas debido a ciertos alimentos que desean evitar. Poseen culpabilidad constante al momento de comer alguna golosina. Sin embargo, al principio algunas pacientes poseen el argumento de solo estar comiendo comida saludable, evitando calorías, en este argumento no hay una aceptación del padecimiento, más bien una justificación. También suelen verificar las medidas su peso a través de la balanza o espejo y entre otros métodos y comparar sus cuerpos con los actuales estándares de belleza.
Psicóloga 3	Rechazo de la comida, vergüenza o incomodidad en contextos sociales donde se espera comer, dietas estrictas, consumo excesivo de contenido en redes sociales relacionado con alimentación y cuerpo, y preferencia por comer en solitario.
Psicólogo 4	Rechazo al alimento o una gran restricción. Un control incesante en el conteo de calorías o de aquello que se consume.
Psicóloga 5	Las manifestaciones que deberían hacernos pregunta no son solamente por qué una adolescente está extremadamente delgada, si ha dejado de comer, si cuenta o no calorías o si compara con frecuencia su cuerpo con el de otras mujeres, son indicadores sí, pero no pueden ser nuestra brújula en el tratamiento. La relación que cada uno tiene con la comida, la misma que nos remite a esas primeras interacciones con nuestros Otros primordiales, valga la redundancia, son el eje fundamental en esta clínica, mucho más si se presentan durante la adolescencia.

Psicóloga 6	En mi experiencia, algunas manifestaciones que aparecen pueden ser una restricción significativa de la alimentación, preocupación intensa por el peso o la figura corporal, miedo a aumentar de peso y una percepción alterada del propio cuerpo. También pueden aparecer conductas relacionadas con evitar determinados alimentos, ejercicio excesivo o rituales alrededor de la comida. A nivel emocional pueden presentarse ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, baja autoestima y dificultades en el funcionamiento escolar y familiar.
Psicóloga 7	No pudo especificar.
Psicóloga 8	Las primeras manifestaciones que son notables son la falta de alimentación, la culpa que existe después de comer, bajo peso corporal, negativa de acudir a profesionales de la salud física y mental, aspecto deteriorado, entre otras.
Psicólogo 9	Pérdida de menstruación, cuadros depresivos usualmente, autolesiones como cutting, contabilización de las calorías de manera excesiva, ingesta de laxantes, irritabilidad, aislamiento.
Psicóloga 10	Rechazo a la comida, el control de calorías hacia la comida, control excesivo hacia al otro, hacia el paciente la madre que devoradora desde los ideales. Rechazo al cuerpo, la vestimenta grande, esconder el cuerpo que diferencia a la mujer. Comer es algo social, implica una mirada social, que es lo que el otro mira. La comida tiene un valor psíquico y libidinal bastante fuerte. Pérdida de peso excesivo, palidez, caída del pelo, mirada perdida.

Pregunta 4: ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Tabla 5. *Expresión del conflicto con la figura materna en el discurso de las pacientes durante el proceso de atención*

Psicóloga 1	El conflicto puede expresarse de diferentes maneras. En algunas pacientes aparece de forma directa, a través de quejas relacionadas con el control, las críticas, las exigencias o la falta de comprensión por parte de la madre. En otras, se presenta de una forma más indirecta, por ejemplo, mediante dificultades para identificar qué desean realmente o mediante una necesidad constante de aprobación. También puede observarse ambivalencia afectiva: la adolescente puede expresar simultáneamente un fuerte deseo de cercanía con su madre y, al mismo tiempo, una necesidad intensa de alejarse o diferenciarse de ella.
Psicóloga 2	Se identifican conflictos recurrentes relacionados con la alimentación, ya que la madre insiste en que la adolescente consuma alimentos hacia los cuales ella manifiesta un marcado rechazo, lo que genera discusiones frecuentes entre ambas. Asimismo, se observa que la madre realiza comentarios críticos sobre la delgadez y los cambios abruptos de peso de la adolescente. En lugar de brindar contención y apoyo emocional, la figura materna es percibida como crítica y juzgadora, lo que podría contribuir al malestar de la adolescente y dificultar una comunicación abierta respecto a sus dificultades alimentarias.
Psicóloga 3	Generalmente en los casos que yo he atendido siempre se presenta como una figura de crítica, una figura que critica el cuerpo de El adolescente, una figura que tiene una voz que influye en el malestar que tiene el joven con su comida y con el cuerpo.
Psicólogo 4	Principalmente desde el lugar de ser controlada, incomprendida o invalidada por parte del Otro, pero a su vez una dependencia marcada en la validación. Los alimentos quedan suspendidos entre la relación madre-hija debido a la

	dificultad que tiene la adolescente en formular una posición propia.
Psicóloga 5	Cuando pienso en la relación entre la anorexia y el vínculo materno, para mí es indispensable hacer una precisión. La de no reducir toda la clínica, ni la de las anorexias ni con otros diagnósticos al vínculo con la madre o quien haga sus funciones. Un niño o una niña, un bebé, el cachorro humano como suele decirse desde el psicoanálisis no nace solamente de su madre, y tampoco se constituye psíquicamente únicamente a partir de ese vínculo. Es indispensable que los clínicos recordemos las veces que sean necesarias que hay una función paterna que resulta fundamental, ya sea encarnada por el padre o por quien pueda ejercer esa función, y me parece que este pequeño gran detalle, no quisiera sonar demasiado sarcástica, no deberíamos perderlo de vista, especialmente cuando escuchamos estos casos. Para mí, la apuesta clínica va justamente en otra dirección, la de escuchar qué lugar tiene lo materno, pero sin olvidar las otras coordenadas que participan en la constitución subjetiva.
Psicóloga 6	En el discurso de la paciente, puede aparecer a través de expresiones relacionadas con sentirse controlada, no sentirse escuchada, percibir demasiadas expectativas o sentir que la madre interviene constantemente en aspectos relacionados con la alimentación, el peso o su vida personal. También puede expresarse de manera indirecta mediante dificultades para comunicar el enojo o establecer límites.
Psicóloga 7	En mi experiencia no siempre aparece de forma directa, sino de sentirse incomprendidas o a expectativas a alcanzar o por lo contrario una necesidad de aprobación. Es común ver deseo de cercanía y distancia a la vez sin embargo esta ambivalencia no es necesariamente presente en todos los casos. Es importante estar atento a la singularidad de cada paciente.
Psicóloga 8	En muchas ocasiones se pueden manifestar en frases que denoten sentirse

	“devoradas” por la presencia materna, es decir, que sientan mucha invasión de la madre en su vida y espacios. Por ejemplo: “siempre me está llamando”, “a cada rato va a mi cuarto para ver que hago”, etc., aludiendo que no tiene espacio personal ni privado, sintiéndose invadida por el Otro.
Psicólogo 9	Durante el proceso de atención, el conflicto con la figura materna aparece principalmente en la manera en que la madre se mantiene muy pendiente de la paciente y de sus decisiones. Esto parece dificultar que la paciente pueda identificar y expresar con claridad sus propios deseos, ya que constantemente aparece la preocupación por responder a lo que su madre espera o considera adecuado para ella. En su discurso se mantiene presente la lógica de ‘¿qué es lo que ella quiere para mí?’, dejando en segundo plano la pregunta por lo que ella misma desea.
Psicóloga 10	Rechazo hacia la madre, o llamada de atención hacia la madre. Petición de ser mirada desde otra perspectiva, las pacientes suelen dejar de comer para dejar de ser controlada, funciona como intento de separación con la figura materna. Cuando la paciente es el síntoma, el modo de funcionamiento se rige por el pensamiento “si dejo de ser anoréxica yo dejo de ser mirada”.

Pregunta 5: ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Tabla 6. *Función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija*

Psicóloga 1	Desde mi perspectiva, es un intento de organización del vínculo cuando hay un conflicto en relación a la separación: en determinados casos puede funcionar como una forma de expresar el malestar cuando no ha podido ser elaborado verbalmente, como una manera de ejercer control sobre un aspecto propio o como un intento de establecer límites y diferenciarse. La conducta alimentaria puede convertirse en un espacio donde la adolescente siente que
--------------------	---

	tiene poder de decisión. Sin embargo, considero importante no asumir que el síntoma siempre tiene una función específica dentro del vínculo materno, ya que el conflicto puede ser con respecto a la relación con el Otro y el lugar que ocupa en el deseo del Otro.
Psicóloga 2	El síntoma anoréxico puede entenderse como una expresión del malestar emocional y de los conflictos presentes en el vínculo madre-hija. La restricción alimentaria funcionaría como un intento de recuperar el control y afirmar la propia autonomía frente a una relación percibida como crítica o invasiva. Asimismo, el síntoma centra la atención familiar en la alimentación, desplazando otros conflictos afectivos y relacionales subyacentes.
Psicóloga 3	Muchas veces el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija cumple la función comunicativa y regulatoria dentro de este vínculo. Me refiero a que cuando la adolescente no encuentra un espacio de escucha y palabra suficientemente separada del de la madre, el control sobre el cuerpo y la comida se convierte en el único territorio que considera que puede controlar. Por otro lado, el síntoma anoréxico no solo influye en esta relación de una sola manera, muchas veces reorganiza la dinámica familiar, capta la atención de los padres, se desplaza a otros conflictos (económicos, de pareja, de otros hijos) y, a veces, termina siendo lo único que une a esta madre y a esta hija, en una dinámica de cuidado y vigilancia constante.
Psicólogo 4	El síntoma puede funcionar como un intento de poder introducir una separación entre la adolescente y la demanda materna. El rechazo del alimento debe de ser leído como una manera de ubicar un límite a la imposición del Otro materno.
Psicóloga 5	Claramente, podemos hablar de anorexia, podemos, por qué no, reconocer determinados criterios clínicos y compartir un diagnóstico, pero eso no significa que el síntoma tenga la misma función o el mismo sentido para todas las

	pacientes. En todo caso, me interesa pensar la anorexia también desde su dimensión enigmática, desde aquello que todavía no sabemos y que solamente puede aparecer a través de la palabra de quien la padece. En mi experiencia, algunas pacientes parecían utilizar la negativa a comer como una forma de rechazar aquello que provenía del Otro, especialmente de su Otro primordial; en otras, aparecían elementos que obligaban a pensar en una estructura psicótica o en coordenadas subjetivas completamente diferentes.
Psicóloga 6	En determinados casos, el síntoma puede cumplir una función relacionada con la búsqueda de autonomía y control. Cuando la adolescente siente que tiene poco espacio para tomar decisiones propias, el control sobre la alimentación o sobre su cuerpo puede convertirse en una forma de expresar algo que no logra comunicar verbalmente. Sin embargo, no interpretaría el síntoma únicamente como una forma de comunicación con la madre, porque la anorexia es un trastorno complejo que también involucra factores biológicos, psicológicos y socioculturales.
Psicóloga 7	Dentro de la relación madre-hija, en ocasiones el síntoma también reorganiza la dinámica vincular, intensificando la preocupación, la cercanía o los conflictos.
Psicóloga 8	Esta función puede interpretarse como un corte en la relación madre-hija, es decir, es el intermediario para el vínculo materno que, por lo general, puede sentirse invasivo en el deseo y vida de la paciente. Por lo tanto, esto funciona como una especie de separador que instaura “voz” propia en la persona que se siente silenciada, utilizándose para “independizarse” del Otro.
Psicólogo 9	La paciente y su entorno tienden a interpretar lo que ocurre desde otros factores, como la estética, las exigencias sociales o el capitalismo, sin reconocer que también puede estar relacionado con el vínculo materno. De esta manera, la preocupación por el cuerpo y por ‘cómo quiero que me vea el otro’ adquiere un

	lugar central, mientras queda menos visible el conflicto con la madre y lo que la paciente desea para sí misma.
Psicóloga 10	El síntoma puede funcionar como un llamado dirigido a la relación madre-hija, como un mensaje que hay que descifrar. Puede señalar que algo en ese vínculo o a nivel familiar ha dejado de funcionar, ya sea por un control excesivo o por una falta de mirada. Además, en la adolescencia hay una reestructuración psíquica y un corte, donde la joven comienza a tomar decisiones propias. De todos modos, esto debe pensarse caso por caso.

Pregunta 6: ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Tabla 7. *Distinción entre los propios deseos de las pacientes de las expectativas de la madre*

Psicóloga 1	Principalmente cuando la adolescente tiene dificultades para responder preguntas relacionadas con sus propios intereses, necesidades o proyectos y, en cambio, responde desde lo que considera que su madre espera de ella. En algunos casos existe una marcada tendencia a buscar aprobación y a sentirse culpable cuando toma decisiones diferentes a las esperadas. También puede presentarse dificultad para reconocer el propio malestar o para identificar qué necesita, porque ha aprendido a priorizar las necesidades o expectativas de los demás. El proceso terapéutico busca favorecer progresivamente la diferenciación entre lo que la adolescente desea y aquello que siente que debe hacer para satisfacer las expectativas externas.
Psicóloga 2	En la paciente se observa una oposición entre sus deseos y las expectativas maternas. Mientras la adolescente expresa un intenso deseo de continuar bajando de peso, la madre insiste en que aumente debido a las implicaciones para su salud y a que su bajo peso resulta socialmente preocupante. Esta dinámica también puede observarse en adolescentes con

	sobrepeso, donde la expectativa materna suele orientarse hacia la pérdida de peso.
Psicóloga 3	Generalmente cuando en su discurso aparecen comentarios sobre lo que la madre espera de ella o aprobaría de ella, allí es donde se identifica esta fusión: entre lo que la paciente quiere y lo que realmente corresponde a la expectativa de la madre. En los casos donde en cambio sí existe una mayor diferenciación, suelen tener frases como “eso lo dice mi mamá, no yo”, indicando un desacuerdo con la figura materna, y suele ser un indicador de mejor pronóstico.
Psicólogo 4	Esto aparece principalmente cuando la adolescente responde a partir de lo que su madre espera, el temor al decepcionarle o fallarle. Puede confundir su deseo con la obediencia o construir una posición a partir de satisfacer al Otro.
Psicóloga 5	Es fundamental recordar que la clínica nunca es a solas. En mi caso, estuve acompañada por el dispositivo del control y mi propio análisis, esto me permitió conocer a autores/psicoanalistas muy inteligentes como a Domenico Cosenza. Leyéndolo a él y escuchando a mis pacientes he llegado a pensar, no a concluir, nunca a concluir, que, en la anorexia, hay mucha dificultad para elaborar una demanda. De hecho, puede ser muy difícil acompañar a una adolescente anoréxica que te dice constantemente que no quiere nada de ti, que no tiene necesidad de venir y que lo hace porque sus padres la han obligado/amenazado. En otras palabras, el síntoma no necesariamente es vivido por la paciente como algo problemático que quiera modificar. Todo el contrario, puede existir una relación muy estrecha con él, al punto de que la paciente no se interroga sobre aquello que le ocurre ni manifieste inicialmente un deseo de desprenderse de su síntoma. Es más, el síntoma en estos casos, suele ocupar un lugar tan importante que parece no dejar espacio para que la paciente pueda interrogarse por otras posibilidades.

Psicóloga 6	Esto puede observarse cuando la adolescente tiene dificultades para identificar qué quiere realmente y tiende a responder en función de lo que considera que los demás esperan de ella. Puede existir una necesidad constante de aprobación o miedo a decepcionar a la madre.
Psicóloga 7	Principalmente las adolescentes presentan dificultad para identificar su propio deseo y responde ante lo que espera el otro, culpas al tomar decisiones.
Psicóloga 8	Muchas veces esto no se puede distinguir, puesto que no se evidencia deseo de la paciente, es más el deseo que la madre ha instaurado en esta durante la infancia y adolescencia, en donde ocurrió una re-actualización de cuestiones subjetivas inconscientes. Por lo tanto, la paciente no puede distinguir su deseo de las expectativas previas del Otro, observándose en frases como: “solo quiero ser perfecta para tener un buen futuro”, “necesito verme bien o sino no me tomarán en serio”, entre otras., viéndose influenciada por vivencias ajenas para no repetir “algún patrón” heredado.
Psicólogo 9	Hay pacientes que sí pueden dar cuenta de que el no comer tiene que ver con un intento de separación de la madre. En algunos casos, la paciente puede comenzar a reconocer que aquello que hace con su cuerpo no necesariamente responde a un deseo propio, sino que está relacionado con lo que percibe que la madre espera de ella. El síntoma puede aparecer entonces como una forma de marcar una diferencia, de decir “esto es mío” o de intentar construir un espacio propio frente a una figura materna que puede estar muy presente. Sin embargo, esto no ocurre de la misma manera en todas las pacientes; algunas necesitan un proceso de análisis para poder poner en palabras qué desean ellas y qué sienten que se espera de ellas.
Psicóloga 10	Muchas veces la paciente habla desde el lugar de la madre, desde aquello que supone que el Otro quiere de ella. En la anorexia puede aparecer un rechazo a ese lugar y al cuerpo que la Otra espera. Hay

	un intento de rechazar ese deseo del Otro a través de la relación con la comida y con el propio cuerpo. La anorexia puede llevar incluso a una relación con el vacío y con un goce que va más allá del deseo consciente de adelgazar.
--	---

Pregunta 7: ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Tabla 8. *Diferencias entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto*

Psicóloga 1	En las pacientes donde el conflicto materno es central, suele observarse una mayor dificultad para establecer límites, diferenciarse emocionalmente y construir una identidad autónoma. La alimentación puede estar más vinculada a dinámicas de control, oposición o búsqueda de autonomía. En cambio, cuando el conflicto con la madre no ocupa un lugar central, considero que es necesario explorar otros factores relevantes, como el perfeccionismo, la presión social, la autoestima, las experiencias escolares, las relaciones con pares, la ansiedad o las dificultades en la regulación emocional. Por eso, considero fundamental evitar interpretar todos los casos de anorexia desde una única explicación familiar.
Psicóloga 2	Cuando el conflicto con la figura materna es el eje central de la problemática, el proceso de recuperación suele ser más lento. Ya que a relación madre-hija permanece por conflictos y una lucha constante por el control, con escasa capacidad de negociación. En este contexto, el síntoma puede mantenerse al cumplir una función dentro de la dinámica vincular, dificultando el cambio terapéutico.
Psicóloga 3	Cuando el conflicto materno es central, el trabajo terapéutico suele ser un poco más complicado, porque las intervenciones que se realizan alrededor del síntoma están

	dirigidas reorganizar esa relación vincular, y es allí donde los pacientes muestran mayor resistencia. Por el contrario, los casos en donde la relación con la madre no es central, Sino que el síntoma se deba predominantemente a presión de pares, contenido de redes sociales, u otras causas, la evolución puede ser un poco más favorable, y en algunos casos la familia puede servir como un recurso de apoyo.
Psicólogo 4	Podríamos plantear que el conflicto materno ocupa un lugar central cuando a la adolescente se le dificulta la separación, la dependencia o la diferenciación subjetiva (deseo propio y demanda).
Psicóloga 5	Para todo ser hablante es muy importante y me atrevería a decir que central el conflicto con su figura materna, utilizando las palabras con las que han construido esta pregunta, no solo se trata de una cuestión de las adolescentes anoréxicas. Podría ser muy riesgoso reducir esta clínica a la oralidad así como a las dificultades de las pacientes con sus madres o quienes han hecho la función de. Es aquí cuando pienso que la etiología de un diagnóstico o una clínica tan delicada como esta no podría dividirse entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto.
Psicóloga 6	En los casos donde el conflicto materno tiene mayor peso, pueden aparecer con más claridad dificultades relacionadas con la autonomía, los límites, la comunicación y la necesidad de aprobación. En otros casos, estos elementos pueden estar menos presentes y pueden predominar otros factores, como la insatisfacción corporal, el perfeccionismo, la ansiedad, experiencias sociales, presión por la imagen corporal o determinadas características individuales. Por eso considero fundamental realizar una evaluación individual y no aplicar una misma causa a todas las pacientes.
Psicóloga 7	En las que sí, dependencia emocional, dificultad para diferenciarse, cumplir expectativas

	En las que no, rasgos de perfeccionismo, presión académica o en el vínculo con pares.
Psicóloga 8	Una de las diferencias que se puede notar es la hostilidad que se presenta en relación con el vínculo materno y la apertura que se tiene frente a este tema, debido a que si la figura materna es una problemática central, la paciente quiere “quebrar” cualquier relación que relacione su estado actual con este vínculo.
Psicólogo 9	No podría establecer una diferencia general, porque cada caso es particular. En algunas pacientes aparece más el deseo de ser delgadas por las burlas de otros o por los ideales de belleza. En otras, el conflicto está relacionado con la transición de niña a mujer y con la dificultad para aceptar el propio cuerpo y la sexualidad. Hay algo del cuerpo que se quiere ocultar y que puede expresarse a través de la angustia y del síntoma alimentario.
Psicóloga 10	Cuando el conflicto está más relacionado con la madre, los síntomas suelen girar alrededor de una historia de rechazo y de lo que la madre quiere o exige. Cuando no está tan centrado en lo familiar, pueden aparecer con mayor fuerza los ideales de lo femenino y del cuerpo. Hay que observar cuánto está afectada la paciente por esos ideales y cómo estos se transforman durante la adolescencia. Actualmente, además, las redes sociales pueden funcionar como un superyó voraz que exige constantemente responder a determinados ideales.

Pregunta 8: Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Tabla 9. Estrategias e intervenciones que han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno

Psicóloga 1	Considero que ha sido útil trabajar inicialmente en la identificación de los
--------------------	--

	patrones de interacción entre madre e hija, especialmente aquellos relacionados con el control, la comunicación y la autonomía. La psicoeducación familiar también es importante para ayudar a comprender que la conducta alimentaria no debe convertirse en el único centro de la relación. Asimismo, promover una comunicación más abierta, validar las emociones de la adolescente y ayudar a la madre a diferenciar entre acompañar y controlar. Pero el trabajo principal es individual, ayudar a la adolescente en el proceso de separación y que el conflicto pueda ponerse en palabras en lugar de expresarse en el cuerpo.
Psicóloga 2	Las intervenciones que han mostrado mejores resultados incluyen la psicoeducación dirigida tanto a la madre como a la adolescente, con el objetivo de favorecer la comprensión del trastorno y reducir el malestar asociado. Asimismo, se trabaja la validación emocional, promoviendo el reconocimiento de las emociones y necesidades de ambas, sin invalidar sus respectivas perspectivas. Se realizan límites y acuerdos claros dentro del hogar, orientados a disminuir las interacciones conflictivas y prevenir conductas de riesgo, como la autoinducción del vómito y etc.
Psicóloga 3	En primer lugar, se trabaja en sesiones individuales con la paciente para reforzar esa diferenciación entre las expectativas materna y su propio deseo. Posteriormente, si las condiciones del caso lo permiten, se proponen sesiones en conjunto con la madre para ser más efectivo el proceso. Otro punto importante es la psicoeducación sobre el trastorno y sobre su función dentro del sistema familiar a la madre, ya que esto puede reducir sentimientos de culpa y asimismo favorecer cambios reales en la relación con la adolescente. También es útil llevar sesiones con la madre para trabajar en el tema del control o tendencias a la sobreprotección, y brindándole otras estrategias que le permitan a ella acompañar sin invadir.

Psicólogo 4	Brindar un espacio de escucha en el que pueda hablar sin que su palabra sea sustituida inmediatamente por la de sus familiares. La intervención no busca culpabilizar, sino producir modificaciones en la dinámica familiar, limitar respuestas invasivas y favorecer que la adolescente se reconozco como sujeto diferente.
Psicóloga 5	Escuchar el lugar ocupa lo materno para esa paciente, qué dice de ese vínculo y qué lugar ocupa la madre y el padre, en tanto funciones, en su propia historia. A partir de ahí es que uno puede encontrar modos de intervenir y hacer con la transferencia. En función a esto puedo decir que se trata de una clínica donde corremos el riesgo de ser empujados con mucha facilidad a una respuesta rechazante o angustiada que quizá una paciente pudo tener con su Otro primordial. Puede ser muy difícil acompañar a una adolescente que te dice constantemente que no quiere nada de ti, que no tiene necesidad de venir y que lo hace porque sus padres la han obligado/amenazado. En este sentido, algo que caracteriza a una práctica de orientación psicoanalítica con estas pacientes es maniobrar la transferencia de tal modo que no quedemos en una posición rechazante.
Psicóloga 6	Desde lo que conozco de la intervención clínica, considero importante trabajar no solamente con la adolescente sino también con su familia. Puede ser útil mejorar la comunicación, disminuir dinámicas excesivamente controladoras, establecer límites saludables y ayudar a los padres a acompañar la alimentación sin convertir cada comida en un espacio de conflicto. También es importante que la adolescente tenga un espacio terapéutico propio donde pueda expresar sus emociones y desarrollar autonomía. En los adolescentes, el abordaje familiar puede ser especialmente relevante.
Psicóloga 7	Psicoeducación en la familia, fortalecer comunicación, validación emocional. Trabajo en el fortalecer el Yo.
Psicóloga 8	Resulta más efectivo cuando se brinda un espacio de escucha y habla a la madre y la paciente, pudiendo saber de dónde viene

	su “devoración” hacia el deseo de su hija. Por lo tanto, es importante no cuestionar el discurso de la madre, sino alojarlo, al igual de escuchar el malestar actual de la paciente y conocer cuál puede ser el punto de partida por el cual se puede empezar el trabajo.
Psicólogo 9	Depende del caso. Es importante no obligar a la paciente a comer, sino trabajar desde la transferencia y tratar de comprender qué significa el síntoma para ella. Una vez establecida la transferencia, incluso una intervención aparentemente sencilla puede tener otro efecto.
Psicóloga 10	En menores de edad, es importante realizar una entrevista inicial con los padres y trabajar de manera multidisciplinaria. También hay que explorar la historia de la paciente: el embarazo, la lactancia, la relación con los padres, las amigas y los otros. No quedarse únicamente en la comida, sino preguntarse qué alimentos restringió, cuándo comenzó y qué estaba ocurriendo en su vida en ese momento. Es importante escuchar qué se repite en el síntoma y qué significado tiene para ella.

Pregunta 9: ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Tabla 10. Recomendaciones para iniciar el tratamiento de casos de anorexia respecto al eje materno

Psicóloga 1	Le recomendaría explorar el vínculo materno sin asumir desde el inicio que existe una relación causal directa entre este y el trastorno alimentario. Es importante escuchar tanto el discurso de la adolescente como el de la madre y observar cómo interactúan. También considero fundamental evaluar la dinámica familiar. El objetivo no debería ser encontrar culpables, sino comprender qué factores pueden estar manteniendo el problema y qué cambios pueden favorecer
--------------------	---

	la recuperación. Además, es importante respetar el ritmo de la adolescente y construir un espacio terapéutico donde pueda desarrollar una voz propia.
Psicóloga 2	Le recomendaría comprender que el tratamiento de la anorexia es un proceso que suele ser prolongado y requiere paciencia, constancia y objetivos terapéuticos realistas. Respecto al vínculo materno, es importante no centrar la intervención en la búsqueda de culpables, sino en comprender la dinámica relacional. Se necesita trabajar desde un enfoque multidisciplinario, con la participación de psicología, psiquiatría y nutrición.
Psicóloga 3	Siempre recomiendo a todo profesional que no se posicione en un lugar de juicio hacia la madre, ya que la madre no es la causa del trastorno, sino una parte de ese sistema que sostiene el síntoma. También es importante crear una alianza terapéutica tanto con la paciente como con la madre de manera individual, antes de intentar un trabajo conjunto.
Psicólogo 4	No asumir que la madre constituye automáticamente la causa del síntoma. Es necesario escuchar qué función tiene esa figura para la paciente y como se organiza la relación entre ambas.
Psicóloga 5	Tal vez, le recomendaría, sobre todo, que no se apresuren a hacer de la madre una explicación de la anorexia. Creo que es un riesgo importante porque podemos terminar colocando rápidamente a la madre en el lugar de la causa o de la responsable del padecimiento de la paciente, como si se tratara de buscar el culpable de algo. Es fundamental recordar que el clínico es aquel que se inclina a escuchar primero, en el caso de la clínica de las anorexias especialmente qué lugar tiene ese vínculo para la paciente y cómo aparece en su discurso. No hay por qué asumir de entrada que existe una determinada relación entre madre e hija que necesariamente debe encontrarse en todos los casos.
Psicóloga 6	Le recomendaría no asumir desde el inicio que la madre es la causa del trastorno.

	Primero realizaría una evaluación integral de la adolescente, de su contexto familiar y de los diferentes factores que pueden estar manteniendo el problema. Trabajaría con la familia desde una postura colaborativa y evitaría culpabilizar a la madre. También considero fundamental mantener como prioridad la seguridad y recuperación física de la adolescente, trabajando de manera interdisciplinaria cuando sea necesario.
Psicóloga 7	Que explore sin asumir que desde ahí está la causa, no culpabilizar a la madre o familia, incluir al entorno en el proceso y abordaje multidisciplinario.
Psicóloga 8	Yo recomendaría que se realice varias entrevistas a los padres, en muchas ocasiones, los hijos son el síntoma de la pareja, por lo tanto, podemos encontrar respuestas en estos espacios preliminares. De igual forma, no apresurarse a conocer el “origen” de la problemática, ya que se debe de conocer muchas índoles inconscientes que se ponen en juego con los trastornos alimentarios.
Psicólogo 9	Le recomendaría el análisis propio y la supervisión de los casos. Es importante ayudar a la paciente a poner en palabras qué quería la madre de ella, pero también qué quiere ella, sin asumir de entrada que todo el conflicto está en la madre.
Psicóloga 10	Le recomendaría trabajar multidisciplinariamente y mantener sesiones con los padres cuando sea necesario, pero sobre todo escuchar mucho a la paciente. El síntoma tiene algo que decir y debemos escuchar qué está expresando la anorexia en el contexto de su consulta. El terapeuta es un instrumento; no tiene que colocarse en el lugar de quien posee la solución, sino acompañar al paciente en la búsqueda de aquello que está en juego.

Pregunta 10: ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Tabla 11. Errores y riesgos que se tienen que evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia

Psicóloga 1	Uno de los principales errores sería responsabilizar o culpabilizar directamente a la madre por el trastorno alimentario. Esto puede generar resistencia, sentimientos de culpa y deteriorar aún más la relación familiar. También evitaría interpretar cualquier conflicto entre madre e hija como la causa de la anorexia, ya que se trata de un trastorno complejo. Otro riesgo es centrarse exclusivamente en el vínculo materno y dejar de lado otros factores individuales, sociales y clínicos. Finalmente, considero importante evitar confrontaciones prematuras y procurar que el abordaje del vínculo se realice desde una perspectiva de comprensión, colaboración y búsqueda de alternativas que permitan fortalecer tanto la recuperación como la autonomía de la adolescente.
Psicóloga 2	Al trabajar el tema materno con la paciente y su familia, es importante evitar señalar culpables o asumir que una sola persona es responsable del problema. Primero es necesario conocer la perspectiva de la madre o de los cuidadores, entendiendo también sus preocupaciones y dificultades. Además, es importante reconocer hasta dónde llega nuestro trabajo en sesión y cuándo es necesario apoyarse en otros profesionales, como terapia familiar sistémica. Los adolescentes necesitan un espacio individual para trabajar sus emociones, pero la familia también puede necesitar un espacio propio.
Psicóloga 3	Evitar culpabilizar a la madre frente a la paciente, ya que esto suele romper la alianza terapéutica que la familia tiene con el proceso. También en el caso de los adolescentes, no recomiendo directamente llegar a las sesiones en conjunto, sin antes trabajar o reforzar la individualidad de la paciente.

Psicólogo 4	Evitar culpabilizar o patologizar a la madre.
Psicóloga 5	Podría ser el de convertir a la madre en la causa de todos los males que les suceden a los pacientes. Me parece que una lectura de este tipo puede simplificar demasiado el caso y, además, puede producir una culpabilización totalmente innecesaria de la madre. Otro riesgo tiene que ver con apresurarse e intervenir demasiado rápido. Es fundamental estar advertidos de que NO existe una manera correcta o universal de abordar estos casos. El psicoanálisis no se sostiene en la aplicación de recetas, sino en la posibilidad de construir una lectura para cada caso.
Psicóloga 6	Uno de los principales errores sería culpabilizar a la madre o presentar la relación materna como la única explicación de la anorexia. También evitaría confrontaciones directas que puedan aumentar el conflicto familiar. Otro riesgo sería centrarse exclusivamente en el peso y la alimentación y dejar de lado las emociones, la identidad, la autonomía y el contexto de la adolescente. Es importante utilizar un lenguaje cuidadoso, evitar comentarios sobre el cuerpo y promover una participación familiar que apoye la recuperación sin aumentar el control o la presión.
Psicóloga 7	No señalar culpables, no asumir que la paciente si puede controlar el dejar de comer, excluir a la familia o su red de apoyo del proceso.
Psicóloga 8	Yo aconsejaría no abordar estas temáticas en los primeros encuentros, más bien alojar el discurso de la paciente y sus familiares para saber que intervenciones se deben de realizar, ya que al inicio del trabajo psicológico las defensas personales están activas, por lo que podría presentarse resistencias, impidiendo el trabajo del profesional. De esta manera, es indispensable no tomar “postura” ni “verdades absolutas” sobre los discursos que se presenten, ya que estos se transmiten de manera subjetiva y vividas, por lo tanto, es esencial saber discernir con lo que se trabaja.

Psicólogo 9	Evitaría sobreanalizarlo. No todo es analizable ni todo tiene que atribuirse al vínculo materno. Primero hay que evaluar, ser prudentes y respetar el tiempo de la paciente. El análisis consiste en acompañarla, no en imponerle una interpretación.
Psicóloga 10	Es importante hablar con la familia para evitar que la solución sea simplemente imponerle a la paciente que coma. Hay que evitar quedar atrapados en un superyó que diga qué tiene que comer o cómo tiene que vivir. También es fundamental no caer en el furor curandis, es decir, en la urgencia de curar o eliminar el síntoma sin escuchar primero qué está expresando para esa paciente.

Análisis de resultados

En esta sección se realizó el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos a través de una entrevista realizada a profesionales de la salud acerca de la anorexia y su desarrollo a partir de una vivencia conflictiva con el amor materno, para lograr dar respuesta a los objetivos específicos planteados en la investigación.

Categoría 1: Rol del vínculo y vivencia con el Otro materno en etapas tempranas de la construcción de la relación del sujeto con el cuerpo y la alimentación

De acuerdo con los resultados, la vivencia del vínculo con el Otro materno en etapas tempranas fue descrita como una relación estragante, en donde las adolescentes experimentan por parte de su figura materna sobreprotección, dependencia emocional y límites poco claros, que propician el abarcamiento total de la vida de las adolescentes por parte del Otro materno, sin dejar espacio a que las adolescentes logren constituirse como sujetos diferenciados de dicha figura, impidiéndoles la diferenciación de sus propios deseos de los deseos maternos debido a la dificultad que la figura materna impone para que las adolescentes transiten un proceso de separación subjetivo.

Es así como, a partir de la vivencia de vínculo devorador del Otro materno, la construcción de la relación con el cuerpo y con la alimentación que realizarán las adolescentes se dará desde las experiencias primarias que hayan obtenido del cuidado que el Otro les brindó. Al haber un Otro que durante la primera infancia determinó en el sujeto, mediante el establecimiento de huellas mnémicas en su psiquismo, una relación con la alimentación en la que el acto de comer fue significado desde el amor o la demanda, en la adolescencia se reactualizará bajo el cuestionamiento de las adolescentes de si tiene la disposición de aceptar o rechazar ese amor o esa demanda que la figura materna le proporciona bajo la forma de alimento. Desde este planteamiento, se podría hablar de que en las adolescentes anoréxicas se da el surgimiento de la privación de la ingesta como un modo de rechazo a las demandas maternas que resultan imposibles de satisfacer y como un modo de protesta para alejar la influencia de su figura materna sobre sí misma.

Siguiendo la misma línea argumentativa, si en la primera infancia el Otro materno determinó, a través de las experiencias de cuidado, que el cuerpo del infante era causa de deseo al preocuparse por brindarle los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades, en la adolescencia se entenderá que el cuerpo cumple una función importante dentro del vínculo entre Otro materno e hija, siendo así que las adolescentes no concebirán su cuerpo como algo

que les pertenece enteramente a ellas, porque son conscientes de que su cuerpo es causa de deseo materno, siendo un asunto que las relaciona con sus figuras maternas.

La relación que las adolescentes construyen con la alimentación y con sus cuerpos a partir de este modo relacional inscrito por sus figuras maternas será netamente de satisfacción a los deseos maternos, siendo así que, al ya no poder cumplir lo que demandan sus figuras maternas, y al ya no querer ser parte de esta relación en donde sus Otros maternos tienen el control sobre ellas y sus vidas, intentarán iniciar su proceso de desligación de dicho vínculo a partir del rechazo y la destrucción de cuerpo propio.

Allí, partiendo con este descubrimiento, las adolescentes anoréxicas operarán desde ambas lógicas: rechazando el alimento que es brindado por el Otro como una forma de protesta en la que no aceptan el amor y las demandas maternas y mostrando un cuerpo débil y deteriorado a el Otro, a modo de destrucción del objeto que vincula a las adolescentes con sus Otros devoradores.

Sin embargo, algunos profesionales lograron ubicar que algunos de los vínculos ente figura materna e hija suelen ser distantes y con dificultades en la disponibilidad emocional. En estos casos, el surgimiento de la anorexia operaría desde la lógica del rechazo del no-amor que la figura materna le brinda a las adolescentes, siendo así que, en lugar de poner su cuerpo para desvincularse del control del Otro, expondrían un cuerpo que cause horror para generar preocupación en esa figura materna de la que no se obtiene nada, pudiendo interpretarse que, la influencia del vínculo materno distante en las adolescentes anoréxicas provocaría una relación en cuanto a la alimentación y al cuerpo que genere preocupación en esa figura materna inaccesible emocionalmente, sirviendo el cuerpo como un objeto vincular en dicha relación.

Categoría 2: Manifestaciones de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años

En cuanto a las manifestaciones de la anorexia que los profesionales de la salud pudieron identificar en adolescentes de 12 a 17 años, se analizó una gama amplia de ellas.

Como centro de las manifestaciones, prima la justificación de su actuar restrictivo, siendo así que los profesionales explicaron que en las primeras etapas del desarrollo de la anorexia las adolescentes poseen el argumento de estar comiendo comida saludable para evitar consumir calorías. Es así como, a medida que avanza el trastorno, las adolescentes desarrollarán tendencias perfeccionistas y una alta autoexigencia en torno a la mantención de un peso y una figura corporal determinada como respuesta a una necesidad de control sobre sí

mismas. Esta necesidad de control es dada desde el conocimiento de que el Otro materno controla cada aspecto de su vida, siendo así que ese control que ejercen sobre sí mismas es un intento de autonomía. Sin embargo, en otros casos donde existe el exceso de presencia de la figura materna, las adolescentes anoréxicas tendrán el desarrollo de estas tendencias para poder mantener una imagen corporal que logre complacer la demanda materna, como un modo de no querer perder ese vínculo por más estragante que sea.

Este intento de control es manifestado en la restricción de la ingesta, en la ingesta de laxantes y en dietas estrictas que las adolescentes eligen seguir para poder poseer una imagen corporal que logre bastar la demanda materna y provocar que, o sea librada del vínculo de control materno, o se le empiece a brindar el amor materno del que intenta ser merecedora. A esto se suman conductas de evitación relacionadas con la alimentación, como aislarse socialmente para evitar estar en situaciones en las que tengan que consumir alimentos o por la culpabilidad que sienten al consumir golosinas, eligiendo la opción de comer en solitario y tener en cuenta las calorías de cada alimento que consumen.

Ante esta autoexigencia de poseer un cuerpo perfecto, las adolescentes suelen manifestar una percepción distorsionada de la imagen corporal que provoca que, a pesar de ya ejecutar acciones que producen una reducción de su peso corporal, las sigan ejecutando al percibir que aún no poseen la figura ideal. Como consecuencia, las adolescentes empezarán a manifestar cuadros depresivos que desembocarán en autolesiones como forma de castigo por su imposibilidad de mantener una imagen corporal adecuada y el uso de vestimenta grande para ocultar el cuerpo que genera desagrado en ellas. Debido a que tienen como objetivo lograr una imagen con la que puedan bastar a ese Otro que las demanda, habrá una subestimación del problema que impedirá a las adolescentes reconocer que, en realidad, los métodos con los que intentan alcanzar el ideal corporal, en realidad son nocivos y producen dificultades en su organismo que pueden llevarlas a la muerte.

Categoría 3: Aspectos que evidencian el conflicto de la función materna con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años

Respecto a los aspectos que evidencian el conflicto con la función materna, los profesionales lograron identificar, mediante la atención brindada a las adolescentes, que este conflicto está presente en el discurso de la paciente. Este conflicto se manifiesta de manera directa, en donde las pacientes expresan quejas acerca del control, las críticas hacia su imagen, las exigencias y la falta de comprensión, que sus figuras maternas les brindan, siendo lo que

desencadena y mantiene al síntoma anoréxico la presencia de un Otro crítico y juzgador del cuerpo de las adolescentes y la dificultad de comunicación sobre sus dificultades alimentarias.

De la misma forma, las adolescentes, ante esta figura materna que juzga, controla e invade, suelen manifestar un discurso en el que se posicionan como quien se siente controlada, incomprendida e invalidada por la figura materna. Sin embargo, aunque las adolescentes se encuentren dentro de un vínculo en el que prima el control, manifiestan el conflicto de sentirse dependientes de la madre respecto su validación.

De forma indirecta, el conflicto con la función materno se manifiesta mediante dificultades para identificar si lo que desean viene desde su deseo propio o desde un deseo en el que la figura materna ha invadido, habiendo una confusión en el que van a actuar desde la complacencia a otros, pero esencialmente desde el cumplimiento de las demandas maternas, expresando una necesidad constante de aprobación. Según los profesionales, esto se evidencia cuando las adolescentes presentan problemas para responder preguntas sobre sus propios intereses, necesidad o proyectos, respondiendo en su lugar desde lo que consideran que sería de agrado para su figura materna. En estos casos, habría una confusión entre deseo y obediencia. También, se manifiesta en la dificultad para reconocer el malestar del que padece, debido a la priorización del cumplimiento de las demandas maternas antes que el cumplimiento de sus necesidades que respondía a la búsqueda de aprobación de la figura materna, llegando a sentirse culpable cuando toma decisiones diferentes a lo regido por las expectativas maternas.

Es así como, identificando el conflicto de la función materna, los profesionales pudieron precisar qué función cumple el síntoma anoréxico en las adolescentes que provoca su desencadenamiento y mantenimiento. Al enfrentarse a un Otro que devora con su deseo, las manifestaciones anoréxicas cumplirán con una función regula la invasión de la figura materna como un intento de separación de dicho deseo materno y, a su vez, cumple la función de comunicar el malestar que genera el conflicto amoroso del vínculo, siendo así que, al existir una dificultad para ser expresados mediante la palabra, el conflicto es expresado mediante el rechazo a la comida para poner en acto la destrucción del cuerpo. También, cumple la función organizadora al ser una manera en la que las adolescentes ejercen o recuperan el control de su propio aspecto y afirman su autonomía, tratando de establecer límites subjetivos e intentar diferenciarse de la relación percibida como crítica o invasiva. Así, el mantenimiento de la restricción alimentaria se constituiría como un aspecto con el que las adolescentes tienen poder de decisión sobre su cuerpo y sus propios deseos.

En otros casos, el mantenimiento del síntoma no va a cumplir con funciones que tengan como objetivo la separación subjetiva con la figura materna. En su lugar, el síntoma anoréxico cumplirá con una función de unificación con la madre a través de la preocupación que las adolescentes generan exponiendo un cuerpo deteriorado ante aquella figura materna distante. En dichos casos, el síntoma no será vivido como algo problemático, sino que puede existir una relación muy estrecha con este.

Sin embargo, los profesionales puntualizaron con gran importancia que, en muchos otros casos, la anorexia no desencadena ni se mantiene debido al vínculo conflictivo con la figura materna, sino que puede darse por factores diversos como la presión social y académica, la autoestima, trastornos de ansiedad y dificultades en la regulación emocional. En estos casos, los profesionales recomiendan indicar estos factores y evitar interpretar todos los casos de anorexia desde la explicación vincular con el Otro materno.

Con esto, se puede interpretar que la vivencia conflictiva del amor materno tiene lugar esencial en el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años. Esto es provocado por un Otro materno que se posiciona como una figura que controla, juzga e invade con su deseo y que impide que las adolescentes logren su propia autonomía subjetiva y cumplan con deseos propios. Ante esto, las adolescentes rechazarán esta invasión mediante la restricción alimentaria y la exposición de un cuerpo destruido puesto dentro del vínculo como un escudo ante la invasión del deseo materno.

Categoría 4: Recomendaciones de los profesionales para futuros abordajes terapéuticos

A partir de las respuestas obtenidas en las entrevistas, en las preguntas 9 y 10, que hacen referencia a las recomendaciones que le brindarían a un colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia y a los errores o riesgos que deberían evitarse en el manejo de un caso de anorexia con respecto al eje materno, se pudo establecer ciertos consensos que permiten una orientación clínica entre los entrevistados.

La recomendación que tuvo mayor consenso entre los entrevistados es la de no asumir inmediatamente que la causalidad del trastorno alimentario tiene relación directa con la madre. Se mencionó que la madre no es la causa del trastorno, sino un elemento que conforma el sistema del síntoma. La reducción de la anorexia a un fenómeno que surge a raíz de la madre corresponde a un riesgo enorme debido a la complejidad clínica que el fenómeno posee.

La segunda recomendación es evitar buscar culpables y responsabilizar a la madre por el trastorno alimentario. Realizar este tipo de generalización donde se observa a la madre como

causante del padecimiento puede ser contraproducente en el tratamiento, generando sentimientos de culpa, deterioro de la relación familiar y quebrantamiento de la alianza terapéutica.

La tercera recomendación es la priorización de otorgar un espacio de escucha y no interpretar inmediatamente. Se necesita escuchar tanto el discurso de la adolescente, como el de la madre y resto de familiares si corresponde al caso, y observar su forma de interacción. Se debe indagar sobre la función que posee la figura materna o paterna para la paciente, y qué lugar ocupa el vínculo en el discurso de la paciente. El terapeuta no debe ubicarse en la posición del que sabe cómo curarla, sino de aquel que acompaña durante el proceso de elaboración de su propio discurso.

La cuarta recomendación gira en torno al trabajo interdisciplinario y sistémico que debe emplearse en casos de anorexia con adolescentes. Se menciona el rol importante que cuenta el trabajo psicológico, en conjunto con las áreas de psiquiatría y nutrición, así como el involucramiento de los familiares cercanos en el proceso terapéutico. Es vital que se determine los respectivos límites del encuadre y si resulta necesario proceder a la derivación a terapia familiar, si dentro de los elementos del caso es pertinente.

La quinta recomendación aborda el respeto que el profesional debe tener por los tiempos del paciente y su proceso, evitando precipitaciones inadecuadas. Se destaca que existe el riesgo de afectar el tratamiento si se interviene apresuradamente sobre el eje materno. No todo puede ni debe interpretarse rápidamente, se sugiere construir una alianza terapéutica individual con la paciente y la madre previo al avance de un trabajo conjunto.

La última recomendación es el mantenimiento de una postura no dogmática por parte del profesional. No existe un solo método o forma de abordar el eje materno en los casos de anorexia, siempre existe una lectura singular caso a caso. De igual forma, se informa sobre el riesgo del “furor curandis”, que es la necesidad de erradicar el síntoma sin primero indagar la función que tiene para la paciente.

CONCLUSIONES

Esta investigación permite analizar la relación entre la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, bajo un enfoque psicoanalítico que abarca nociones que van más allá de la perspectiva médica o conductual del trastorno alimentario. La metodología cualitativa, que comprende entrevistas semiestructuradas a 10 psicólogos que cuentan con experiencia en el abordaje de este trastorno alimentario en la población participante, corrobora que la anorexia no puede ser encasillada exclusivamente a una alteración en torno a la alimentación. Se necesita una mirada que comprenda a la anorexia como síntoma que representa una respuesta ante el Otro que incluye conceptos tales como el deseo, la falta y la relación con el Otro, especialmente con la figura materna sin que ello suponga ser el único factor.

Con respecto al primer objetivo, que describe el rol del vínculo y vivencia con el Otro materno en etapas tempranas y su repercusión en la relación que un sujeto tiene con su cuerpo y su alimentación, los resultados otorgan la conclusión de que dicho vínculo en varios casos referidos por los entrevistados, se presenta como una relación devorada, cuyas características son la sobreprotección, la presencia de límites difusos y la dependencia, lo cual obstaculiza que se realice una separación subjetiva adecuada. Cuando la adolescente no logra separar su propio deseo del deseo del Otro materno, el cuerpo y la alimentación quedan investidos libidinalmente. Transformando así, al cuerpo y la alimentación en el escenario excepcional donde se muestra la posición subjetiva frente al deseo, demanda, amor y separación del Otro. Sin embargo, en los casos donde el vínculo materno es más distante o ausente, la oposición a alimentarse representa el intento de obtener la mirada de ese Otro materno. La adolescente anoréxica al poseer un cuerpo desnutrido pretende producir preocupación y con ello algún indicio afectivo.

Con relación al segundo objetivo, orientado a distinguir las manifestaciones de la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años de acuerdo con la experiencia clínica de los psicólogos, se establece que pueden ser las siguientes: presentar conductas en exceso restrictivas con la justificación de que poseen una dieta saludable, perfeccionismo, autoexigencia desmedida, conteo riguroso de calorías, ingesta de laxantes, aislamiento social, distorsión en la autopercepción corporal. Las manifestaciones que se explayan no solo ocurren en consonancia al anhelo de alcanzar un ideal estético, sino que encarnan un intento de separación y autonomía frente al Otro materno que se torna estragante, aunque las consecuencias resulten mortíferas para la adolescente.

En referencia al tercer objetivo, que busca comparar los aspectos que evidencian el conflicto de la función materna con el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia, los resultados muestran que el conflicto se puede evidenciar en el rechazo explícito hacia el control y las demandas como en la imposibilidad de diferenciación de su propio deseo del deseo del Otro materno, lo cual conlleva a desarrollar una necesidad de aprobación incesante acompañada de sentimientos de culpa por elegir en base al deseo propio de la adolescente. A raíz de esto se establece que el síntoma anoréxico puede cumplir diversas funciones como: intento de separación subjetiva frente al Otro primordial, como medio de expresar un conflicto subjetivo que no logra poner en palabras, o incluso un intento de unión con el Otro materno que percibe como ausente. No obstante, los psicólogos entrevistados otorgaron énfasis en mencionar que el conflicto materno no es el único agente causal de la anorexia, existen otros factores que intervienen como los sociales, emocionales, y académicos. Resulta pertinente recalcar que la finalidad de esta investigación no es culpabilizar a la madre del padecimiento de la adolescente, sino comprender el rol que tiene el vínculo materno en la constitución subjetiva y en el síntoma anoréxico.

En correspondencia con el cuarto objetivo, cuya finalidad es proponer recomendaciones para la orientación terapéutica proporcionadas por los psicólogos clínicos en el tratamiento de adolescentes con anorexia, los resultados de las entrevistas evidencian ciertas pautas relevantes para orientar un abordaje que otorgue un valor a la singularidad subjetiva de cada paciente. Las recomendaciones que propusieron no intentan instaurar un manual rígido de intervención, sino brindar lineamientos que promuevan la escucha respetuosa y ética del vínculo materno y la función que cumple el síntoma anoréxico, previniendo no caer ante interpretaciones apresuradas que resulten perjudiciales para el proceso terapéutico. A pesar de que no se dedica un capítulo independiente para la orientación terapéutica, resulta pertinente destacar las recomendaciones brindadas por los psicólogos clínicos, las cuales están detalladas en el siguiente apartado puesto que contribuyen un aporte para futuras investigaciones.

La investigación permite concluir que, a partir de la información proporcionada por los psicólogos clínicos, la anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años se relaciona en la mayoría de los casos con la vivencia conflictiva del amor materno que puede presentarse como exceso o como ausencia, sin que esto implique ser la única causalidad o que se le atribuya una responsabilidad culpabilizante a la madre. Estos resultados dan pie a que se promueva un abordaje clínico que le otorgue espacio a la singularidad de cada adolescente. Entendiendo a la

anorexia como un síntoma que oculta un mensaje a ser descifrado y escuchado, en colaboración de un tratamiento médico e interdisciplinario.

REFERENCIAS

- Abíñzano, R. y Hernández L. (2019). *El cuerpo y sus vicisitudes en la anorexia mental: entre el odio y el superyó*. Universidad de Buenos Aires. [Dialnet]
- Abíñzano, R. (2018). *Perspectivas clínicas sobre la anorexia mental*. Anuario de Investigaciones, 25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253001>
- Álvarez Expósito, A. (2018). *Etiología de la anorexia nerviosa* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna.
- Argaña, E., Fernández, A. y Rodríguez, S. (2016). *Amor y psicopatología hoy: Un caso de anorexia*.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR* (4.ª ed., texto revisado). Masson.
- Arroyo, I. (2009). *La anorexia, en la mujer, como producto de un sistema patriarcal imperante: un análisis desde la psicología profunda de Jung*. Universidad de las Américas.
- Aulagnier, P. (2004). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado* (V. Baces, Trad.). Amorrortu. (Obra original publicada en 1975).
- Bachner-Melman, R., Romi, R., Lev-Ari, L., Shachar-Lavie, I., Krispin, O. y Tolmacz, R. (2023) *Actitudes relacionales en adolescentes con y sin diagnóstico de anorexia nerviosa o anorexia nerviosa atípica [Relational attitudes in adolescent girls with and without a diagnosis of anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa]* J Eat Disord 11, 166. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00896-8>
- Beattie, H.J. (1988). *Los trastornos alimentarios y la relación madre-hija [Eating disorders and the mother—daughter relationship]*. Int. J. Eat. Disord., 7: 453-460. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198807\)7:4<453::AID-EAT2260070402>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198807)7:4<453::AID-EAT2260070402>3.0.CO;2-2)
- Berenstein, I. (2001). *El vínculo y el otro*. Psicoanálisis: Revista editada por la asociación psicoanalítica de Buenos Aires.
- Betancourt, L., Rodríguez, M. y Gempler, J. (2007). *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. Universitas Médica. Pontificia Universidad Javeriana.

- Beumont PJV, Abraham SF y Simson KG. (1981). *Historias psicosexuales de adolescentes y mujeres jóvenes con anorexia nerviosa [The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa]*. Psychological Medicine 11(1):131-140. [doi:10.1017/S0033291700053344](https://doi.org/10.1017/S0033291700053344)
- Braunstein, N. A. (2006). *El goce: Un concepto lacaniano* (2.^a ed. corr. y aum.). Siglo XXI Editores.
- Bravo, M., Pérez, A. y Plana, R. (2000). *Anorexia Nerviosa: Características y síntomas*. Revista Cubana de Pediatría. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga".
- Camino De Menchaca, M. (2021). *Funcionamiento familiar y desarrollo de la bulimia y anorexia nerviosa en mujeres jóvenes y adolescentes*. Universidad de Lima. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13147/Camino_De_Menchaca.pdf?sequence=1
- Campodónico, N. (2023). *Lecturas sobre la anorexia desde el psicoanálisis: una revisión sistemática*. Revista mexicana de trastornos alimentarios. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.2.745>
- Cardenal, M. (2023). *Lo materno*. Psicoanálisis, XLV(1), 25–38.
- Chartoor, I. (2017). *Anorexia nerviosa infantil: un trastorno del desarrollo de la separación y la individuación [Infantile Anorexia Nervosa: A Developmental Disorder of Separation and Individuation]*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1989.17.1.43>
- Cosenza, D. (2019). *La comida y el inconsciente: Psicoanálisis y trastornos alimentarios*. Ned Ediciones.
- Creswell, J. W. (2013). *Investigación cualitativa y diseño de investigación: elección entre cinco enfoques*. SAGE Publications.
- Dehane, A. (2025). *Anorexia nerviosa en la adolescencia: una conducta que existe [Adolescence's Anorexia Nervosa: A Behavior to Exist]*. Journalism and Mass Communication. David Publishing. <https://www.davidpublisher.com/Public/uploads/Contribute/687f0532cbf01.pdf>

- Ehrensing, R. y Weitzman, E. (1970) *La relación madre-hija en la anorexia nerviosa* [The Mother-Daughter Relationship in Anorexia Nervosa]. Psychosomatic Medicine 32(2):p 201-208.
https://journals.lww.com/bsam/abstract/1970/03000/the_mother_daughter_relationship_in_anorexia.6.aspx
- Flores Valle, A. P. y Salinas Yanangomez, G. P. (2025). *Redes sociales, imagen corporal y trastornos de alimentación: bulimia/anorexia en adolescentes: Una revisión sistemática*. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Cuenca.
https://dspace.ucacue.edu.ec/items/04868cf2-7c55-4dcc-85a7-59a843e9bc98?utm_source=chatgpt.com
- Fernández, L. (2022). *Maternidad y feminidad desde el psicoanálisis*. NODVS, LXIII, 1–7.
- Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria* (J. Breuer y S. Freud).
- Freud, S. (1992). *Sobre la sexualidad femenina*. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 21, pp. 223-244). Amorrortu. (Obra original publicada en 1931).
- Gilhar, L. e Ivey G. (2008). *Los mundos interiores de la anorexia y la bulimia: una exploración comparativa de las relaciones objetales internas en mujeres con trastornos alimentarios* [The inner worlds of anorexia and bulimia: a comparative exploration of internal object relations in eating disordered women]. Sabinet: African Journal. Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa Vol. 16, No. 2
- Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Weizman, R., Orbach, I., Tyano, S. y Pfeffer, C. (1995). *Mecanismos de defensa en la anorexia nerviosa grave en adolescentes*. [Defense Mechanisms in Severe Adolescent Anorexia Nervosa]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. <https://doi.org/10.1097/00004583-199512000-00015>
- Guerrero de Medina, N. (2016). *Estrago anoréxico, una enfermedad del amor* [Scribd].
- Gurmendi, M. (2023). *El rechazo en la anorexia: Una lectura psicoanalítica*. Universidad de Belgrano. <http://190.221.29.250/bitstream/handle/123456789/10274/Tesina%20-%20Mar%C3%ADa%20Agustina%20Gurmendi%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Halmi, K. (1996). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Tratado de Psiquiatría. https://www.academia.edu/22473616/Tratado_de_psiquiatr%C3%ADa_Robert_E_Hailes
- Hernández, V. (2010). *Taller para prevenir anorexia y bulimia en adolescentes de educación básica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández Valderrama, L. (2013). *La construcción del cuerpo, su imagen y las alteraciones en la anorexia*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16(3), 1034–1050.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill/Interamericana.
- Holguín, A., Quiroz, C. y Montoya, L. (2024). *Relación de los factores psicológicos, familiares y socioculturales asociados a la anorexia en adolescentes y jóvenes*. Revisión documental. Uniminuto.
- Jaroslavsky, E. (2009). *EL VÍNCULO PRIMARIO: LA MATRIZ DEL VÍNCULO*. Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia.
- Jáuregui Tintin, K. (2025). *Influencia de la relación materno-filial en el desarrollo de anorexia en mujeres adultas emergentes*. Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/ef2542c2-4938-4eb9-8d96-1b8271617dce>
- Korb, M. (1994). *La anorexia como expresión simbólica del rechazo de una mujer a la vida de su madre [Anorexia as Symbolic Expression of a Woman's Rejection of Her Mother's Life]*. Western Journal of Nursing Research. doi:[10.1177/019394599401600106](https://doi.org/10.1177/019394599401600106)
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos.
- Lacan, J. (1957). *El seminario, libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Paidós.
- Lacan, J. (2006). *El seminario, libro 10: La angustia (1962-1963)* (J.-A. Miller, Ed.). Paidós.
- Lane, R. (2005). *Anorexia, masoquismo, automutilación y autoerotismo: La madre araña [Anorexia, Masochism, Self-Mutilation and Autoerotism: The Spider Mother]*. The Psychoanalytic Review. Vol. 89. <https://doi.org/10.1521/prev.89.1.101.23405>

- Lasa, A. (2003). *EXPERIENCIAS DEL CUERPO Y CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA: VIVENCIAS, OBSESIONES Y ESTRATEGIAS*. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente.
- Lawrence, M. (2001). *AMÁNDOLOS HASTA LA MUERTE: LA ANOREXIA Y SUS OBJETOS [LOVING THEM TO DEATH: THE ANOREXIC AND HER OBJECTS]*. The International Journal of Psychoanalysis, 82: 43-55. <https://doi.org/10.1516/4UMC-Q24F-CTB3-EA5K>
- Lawrence, M. (2002). *CUERPO, MADRE, MENTE: ANOREXIA, FEMINIDAD Y EL OBJETO INTRUSIVO [BODY, MOTHER, MIND: ANOREXIA, FEMININITY AND THE INTRUSIVE OBJECT]*. The International Journal of Psychoanalysis, 83: 837-850. <https://doi.org/10.1516/GL2F-03HB-26L3-FAM3>
- Lutereau, L (2021) *Posiciones subjetivas en la anorexia*. Revista Psicoanálisis en la universidad N° 6. Rosario. Argentina UNR Editora. Pág.161 - 177.
- Likierman, M. (1997). *Sobre el rechazo: Adolescentes y anorexia [On rejection: Adolescent girls and anorexia]*. Journal of Child Psychotherapy, 23(1). <https://doi.org/10.1080/00754179708254529>
- Lizana, M. J. (2024). *El rechazo anoréxico como maniobra para devenir sujeto. Desde el enfoque psicoanalítico lacaniano*. Revista Liminales. Escritos sobre Psicología y Sociedad, 13(26), 193–205. <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.916>
- Marchiano, M., y Peyrone, D. (2023). *El lugar del otro en la construcción del cuerpo*. Psicoanálisis en la Universidad, (7), 75–91. <https://doi.org/10.35305/rpu.vi7.150>
- Meli, Y., y Farje, M. (2020). *Versiones de la madre en psicoanálisis*. Anuario de Investigaciones, XXVII, 303–308.
- Mesa, L. (2016). *El niño y su constitución subjetiva*. Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad.
- Miller, J.-A. (2011). *Donc: La lógica de la cura*. Paidós.
- Mora, N. y Spreafico, M. (2019). *Anorexia y la diada madre – hija*. Universidad Nacional de Mar de Plata. <https://rpsico.mdp.edu.ar/items/54e23c39-be76-45d2-8c65-b208e8c67aa9>

- Morales López, M. J. (2019). *Anorexia nerviosa en población pediátrica*. Medicina Legal de Costa Rica, 36(2), 46–55.
- Morales, M. y Galván, G. (2021). *Características clínicas de anorexia nervosa extrema. Reporte de caso*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. <http://doi.org/10.22201/fm.2448865e.2021.64.2.04>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10.ª rev.)*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la CIE-11*. Organización Mundial de la Salud.
- Palombo, M. (2016). *Formas de abordaje de los estados de vacío en la clínica*. Subjetividad y procesos cognitivos, 20(1), 165-188. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102016000100009&lng=es&tlng=es
- Pérez, C. y Durango, M. (2021). *Bulimia: Estragos de un goce que es otro*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/90c5134e-0d9b-4963-af1a-4bbfc6dd64b6>
- Pool, M. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimia y anorexia*. Estudio Preliminar. Revista Electrónica Letra en Psicoanálisis. Ciudad de México. <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/55>
- Pereña, F. (2007). *CUERPO Y SUBJETIVIDAD: ACERCA DE LA ANOREXIA*. Revista Española Salud Pública.
- Pozzobon, F. (2019). *Acerca del fenómeno psicossomático entre la función materna y la constitución del cuerpo en el niño*. Lecturas desde Donald Winnicott y Jacques Lacan. En XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (pp. 707–710). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Ramírez Álvarez, S. (2020). *Estar separados juntos: El concepto de lazo social desde el psicoanálisis de orientación lacaniana*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 18(2), 477–526.
- Rausch Herscovici, C., y Bay, L. (2007). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Paidós.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia*. Arena Libros.
- Reivan Ortiz, G. G., Elizalde Martínez, B. A., Icaza, D., Ortiz Rodas, P. E., Estrada Cherres, J. P., Reivan Ortiz, P. N. y Granero Pérez, R. (2022). *Análisis de mediación de la bulimia y la anorexia: Un estudio regional ecuatoriano [Mediational analysis of bulimia and anorexia: An Ecuadorian regional study]*. Journal of Psychology English 230, (1): 1-18. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7157781>
- Rivière, M., Haza, M. (2014). *Melancolía y separación en la prepubertad: la elección de la anorexia nerviosa como intento de subjetivación [Melancholy and separation in prepuberty: the choice of anorexia nerviosa as a subjectivation attempt]*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 8, 25. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-25>
- Rodríguez Sapey, G. (2013). *Anorexia: un mal de amores*. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación. Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp. 580-581). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-054/810>
- Rodríguez, S. (2017). *Efectos de la presencia/ausencia materna*. El Hormiguero Psicoanálisis, Infancia/s y Adolescencia/s. sarodrig09@gmail.com
- Romano, F. (2013). *Anorexia y bulimia: dos aspectos de la adolescencia [Anorexia and Bulimia: Two Aspects of Adolescence]*. British Journal of Psychotherapy, 29: 5-24. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2012.01301.x>
- Romero Vega, J. V., Andrade Albán, J. R., Vargas Gómez, M. S., Martínez Rivas, E. F., y Navas Bonilla, C. del R. (2023). *El síntoma: un análisis desde la clínica psicoanalítica*. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4(2), 960–968. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.662>

- Romeo, F. (1984). *Adolescencia, conflicto sexual y anorexia nerviosa [Adolescence, Sexual Conflict, and Anorexia Nervosa]*. Roslyn Heights, N.Y. Tomo 19, N° 45. <https://www.proquest.com/openview/46d20e7bb2f59348f48bbb99f5741111/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819054>
- Romero Vega, J. V. (2025). *Anorexia nerviosa y Trastorno Límite de Personalidad: Estudio de caso desde la Terapia Cognitivo-Conductual en una mujer joven adulta en Quito, Ecuador*. Repositorio Digital Universidad de las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17443>
- Ruesgas, D., y Solíz, D. (2005). *La imagen del cuerpo en la anorexia como síntoma histérico (un enfoque psicoanalítico)*. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, 3(2), 84–100.
- Santiago Castro, I. (2020). *La presencia-ausencia del objeto en la anorexia y en la bipolaridad*. Affectio Societatis, 17(32), 178–190. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v17n32a08>
- Saint-Exupéry, A. de (1943). *El Principito* (B. Moreno Sánchez, Trad.). Salamandra.
- Siguencia Viñansaca, J. E. (2024). *PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ECUADOR*. Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/ade6e49a-43f0-4057-87e5-f458e69bdbc8>
- Sokolov, M., Levy-Schiff, R., Enoch-Levy, A. y Stein D. (2024). *Autopercepción y percepción parental en adolescentes con anorexia nerviosa [Self-perception and perceived parental perception in adolescent girls with anorexia nervosa]*. Front. Psychol. 14:1301927. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1301927
- Soto Pérez, B. (2005). *La constitución subjetiva en psicoanálisis y su relación con el concepto de desarrollo*. Revista de Psicología, (8). Universidad de Chile.
- Tendlarz, S. E. (1997). *Estudios sobre el síntoma*. Ediciones del Signo.
- Tendlarz, S. E. (2004). *¿De qué sufren los niños? La psicosis en la infancia*. Lugar Editorial.
- Tendlarz, E. B., Donghi, A. I., Rodríguez, R. O., Weitzman, E. y Gómez, G. (2008). *Estudios preliminares sobre la anorexia y bulimia en los primeros escritos freudianos*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Toapanta Moposita, L. V. y Flores Chiliguano, L. Y. (2022). *Detección precoz de la anorexia en la adolescencia*. Salud, Ciencia y Tecnología. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022105>
- Valdivia, E. (2023). *Vínculo con la figura materna en adolescentes diagnosticadas con anorexia nerviosa*. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f5c99104-59a1-474d-bf5e-fa37a24c845f/content>
- Vives, J., Lartigue, T. y Córdova, A. (1994). *Apego y vínculo*. Asociación Psicoanalítica Jaliscience. Universidad de Guadalajara.
- White, M. (1984). *Anorexia nerviosa: una perspectiva sistémica transgeneracional [Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective]*. Family Process, 22: 255-273. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00255.x>
- Winston, A.P. (2005). *Proyección, introyección e identidad en la anorexia nerviosa [PROJECTION, INTROJECTION AND IDENTITY IN ANOREXIA NERVOSA]*. British Journal of Psychotherapy, 21: 389-399. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2005.tb00226.x>
- Winnicott, D. W. (1993). *Realidad y juego* (F. Mazía, Trad.). Gedisa. (Obra original publicada en 1971).
- Zawady, M. (2017). *El "estrageo materno" como concepto psicoanalítico*. Ética & Cine, 7(2), 47–54.
- Zawady, M. (2012). *La clínica del estrageo en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura*. Desde el Jardín de Freud, (12), 169–189.
- Zukerfeld, R. (1998). *Bulimias, anorexias y psicoanálisis actual*. Zona Erógena, (40), 1–9.

ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (#1)

Formulario de Consentimiento Informado

Entiendo que esta entrevista semiestructurada es parte de una investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil cuyo tema es “Anorexia nerviosa en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno”. El objetivo de esta investigación es analizar la relación de la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12-17 años, mediante entrevistas a profesionales de la salud, para brindar orientación en posibles abordajes terapéuticos.

Como parte del estudio, se aplicarán entrevistas semiestructuradas sobre “Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno”. Se me ha explicado el propósito de este instrumento y entiendo el contenido del mismo. Si yo decido participar en el estudio, entiendo que yo responderé a preguntas planteadas sobre la atención clínica a pacientes anoréxicas adolescentes.

Entiendo que estoy participando libre y voluntariamente sin ser obligados/as en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho de responder o no a determinadas preguntas y a negarme a participar, si así lo deseo.

Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial, al igual que toda la información aquí proporcionada, la cual será utilizada solo para fines de investigación científica.

Declaración de Consentimiento.

Mediante esta declaración yo acepto participar en este estudio, y acepto que se grabe y que se tomen fotos durante este momento, aunque éstas no serán publicadas en ningún medio. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni a las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que he contestado.

Sé que tengo el derecho de hacer preguntas en todo momento y que no tengo que contestar las preguntas que no quiera. Entiendo que si decido participar en este estudio, puedo dejar de participar en cualquier momento y que nada malo me va a pasar.

Si tengo alguna pregunta puedo llamar al Investigador/a Principal: Psi. Cl. Daniela Mackenzie, durante el día al teléfono de la Universidad Católica: 3804600.

☐ Sí estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

Su Nombre

Su Firma

Fecha

Nataly Doménica Cabrera Suárez y Judith Analía Avilés Camacho

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

Firma de la persona obteniendo el consentimiento

Fecha

Uso del material audiovisual

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil pudiera usar las fotos, los videos o las grabaciones, en parte o del todo. Por favor lea y seleccione aquello con lo que usted está de acuerdo.

Yo autorizo a que las fotos o videos en que yo salgo:

Sean usadas para el propósito de investigación ☐ Si ☐ No

Sean usadas para enseñar y entrenar a otras personas ☐ Si ☐ No

Sean usadas para congresos y eventos científicos. ☐ Si ☐ No

Anexo 2.

Entrevista a profesionales de la salud

Nombres y apellidos:

Institución donde labora:

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido:

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?
2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?
3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?
4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?
5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?
6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?
7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?
8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?
9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?
10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Anexo 3.

Transcripción de entrevistas a profesionales de la salud

Entrevista a profesionales de la salud

Nombres y apellidos: Allison Salazar Lucio

Institución donde labora: Hospital de Neurociencias Virgen de Fátima

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 6

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

He observado que, en algunos casos, la relación temprana entre la adolescente y su figura materna se caracteriza por una cercanía y dependencia emocional que llega a dificultar el proceso de separación y diferenciación, entonces la adolescente encuentra obstáculos para constituirse como un sujeto diferenciado de la figura materna. Lo he visto sobre todo en vínculos donde existen límites poco claros, una fuerte dependencia afectiva o, por el contrario, una relación marcada por distancia y dificultades en la disponibilidad emocional. Considero que el conflicto no necesariamente radica en la presencia o ausencia de la madre, sino en la dificultad de la adolescente para transitar de manera adecuada el proceso de separación, permitiendo que pueda diferenciar sus deseos de los de su figura materna sin sentir que pierde el vínculo.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Desde que nacemos, cuerpo y alimentación se encuentran entrelazados, se accede a la alimentación a través del cuerpo de la madre, influye definitivamente el vínculo con esta madre. Si desde muy pequeña, las experiencias de cuidado giraron en torno a satisfacer las necesidades del cuerpo, la adolescente puede aprender que su cuerpo cumple una función en el vínculo con su madre, entonces ya no es solo suyo, sino una herramienta para relacionarse. Con respecto a la alimentación, aceptarla es aceptar el cuidado de la madre, por lo tanto, dejar de comer se convierte en una forma de protestar o recuperar control, si el vínculo se vive como muy angustiante.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Las manifestaciones que he observado con mayor frecuencia incluyen una preocupación intensa por el peso y la imagen corporal, restricción de la ingesta, y percepción distorsionada del propio cuerpo. También pueden aparecer conductas de evitación relacionadas con la alimentación, subestimar o no reconocer la gravedad de la situación, irritabilidad, aislamiento social, cambios en el estado de ánimo y un aumento de la necesidad de control. En algunos casos, estas adolescentes presentan además rasgos de perfeccionismo, alta autoexigencia y mucha dificultad para expresar sus emociones de manera directa.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

El conflicto puede expresarse de diferentes maneras. En algunas pacientes aparece de forma directa, a través de quejas relacionadas con el control, las críticas, las exigencias o la falta de comprensión por parte de la madre. En otras, se presenta de una forma más indirecta, por ejemplo, mediante dificultades para identificar qué desean realmente o mediante una necesidad constante de aprobación. También puede observarse ambivalencia afectiva: la adolescente puede expresar simultáneamente un fuerte deseo de cercanía con su madre y, al mismo tiempo, una necesidad intensa de alejarse o diferenciarse de ella.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Desde mi perspectiva, es un intento de organización del vínculo cuando hay un conflicto en relación a la separación: en determinados casos puede funcionar como una forma de expresar el malestar cuando no ha podido ser elaborado verbalmente, como una manera de ejercer control sobre un aspecto propio o como un intento de establecer límites y diferenciarse. La conducta alimentaria puede convertirse en un espacio donde la adolescente siente que tiene poder de decisión. Sin embargo, considero importante no asumir que el síntoma siempre tiene una función específica dentro del vínculo materno, ya que el conflicto puede ser con respecto a la relación con el Otro y el lugar que ocupa en el deseo del Otro.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Principalmente cuando la adolescente tiene dificultades para responder preguntas relacionadas con sus propios intereses, necesidades o proyectos y, en cambio, responde desde lo que considera que su madre espera de ella. En algunos casos existe una marcada tendencia a buscar aprobación y a sentirse culpable cuando toma decisiones diferentes a las esperadas. También puede presentarse dificultad para reconocer el propio malestar o para identificar qué necesita, porque ha aprendido a priorizar las necesidades o expectativas de los demás. El proceso terapéutico busca favorecer progresivamente la diferenciación entre lo que la adolescente desea y aquello que siente que debe hacer para satisfacer las expectativas externas.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

En las pacientes donde el conflicto materno es central, suele observarse una mayor dificultad para establecer límites, diferenciarse emocionalmente y construir una identidad autónoma. La alimentación puede estar más vinculada a dinámicas de control, oposición o búsqueda de autonomía. En cambio, cuando el conflicto con la madre no ocupa un lugar central, considero que es necesario explorar otros factores relevantes, como el perfeccionismo, la presión social, la autoestima, las experiencias escolares, las relaciones con pares, la ansiedad o las dificultades en la regulación emocional. Por eso, considero fundamental evitar interpretar todos los casos de anorexia desde una única explicación familiar.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Considero que ha sido útil trabajar inicialmente en la identificación de los patrones de interacción entre madre e hija, especialmente aquellos relacionados con el control, la comunicación y la autonomía. La psicoeducación familiar también es importante para ayudar a comprender que la conducta alimentaria no debe convertirse en el único centro de la relación. Asimismo, promover una comunicación más abierta, validar las emociones de la adolescente y ayudar a la madre a diferenciar entre acompañar y controlar. Pero el trabajo principal es individual, ayudar a la adolescente en el proceso de separación y que el conflicto pueda ponerse en palabras en lugar de expresarse en el cuerpo.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Le recomendaría explorar el vínculo materno sin asumir desde el inicio que existe una relación causal directa entre este y el trastorno alimentario. Es importante escuchar tanto el discurso de la adolescente como el de la madre y observar cómo interactúan. También considero fundamental evaluar la dinámica familiar. El objetivo no debería ser encontrar culpables, sino comprender qué factores pueden estar manteniendo el problema y qué cambios pueden favorecer la recuperación. Además, es importante respetar el ritmo de la adolescente y construir un espacio terapéutico donde pueda desarrollar una voz propia.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Uno de los principales errores sería responsabilizar o culpabilizar directamente a la madre por el trastorno alimentario. Esto puede generar resistencia, sentimientos de culpa y deteriorar aún más la relación familiar. También evitaría interpretar cualquier conflicto entre madre e hija como la causa de la anorexia, ya que se trata de un trastorno complejo. Otro riesgo es centrarse exclusivamente en el vínculo materno y dejar de lado otros factores individuales, sociales y clínicos. Finalmente, considero importante evitar confrontaciones prematuras y procurar que el abordaje del vínculo se realice desde una perspectiva de comprensión, colaboración y búsqueda de alternativas que permitan fortalecer tanto la recuperación como la autonomía de la adolescente.

Katherine Margarita Quijije Alvarez, psicóloga del Hospital Roberto Gilbert ha atendido aproximadamente 7 casos de adolescentes mujeres con anorexia

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Es variable, hay casos en donde la relación es distante, relaciones conflictivas y a veces hay vínculo cercano entre ambas. Sin embargo, durante las sesiones se observa una madre preocupada por su hija que está padeciendo este malestar.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Depende del contexto, no todas las adolescentes que poseen una relación distante puedan desarrollar un T. de la conducta alimentaria, más bien podría darse por comentarios pasivo-agresivos de mamá hacia ella sobre la imagen corporal, eso quiere decir que el factor principal son comentarios realizados en el área familiar o hasta podría darse en la dinámica escolar.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Baja autoestima, no desea acudir a reuniones familiares o fiestas debido a ciertos alimentos que desean evitar. Poseen culpabilidad constante al momento de comer alguna golosina. Sin embargo, al principio algunas pacientes poseen el argumento de solo estar comiendo comida saludable, evitando calorías, en este argumento no hay una aceptación del padecimiento, más bien una justificación. También, suelen verificar las medidas su peso a través de la balanza o espejo y entre otros métodos y comparar sus cuerpos con los actuales estándares de belleza

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Se identifican conflictos recurrentes relacionados con la alimentación, ya que la madre insiste en que la adolescente consuma alimentos hacia los cuales ella manifiesta un marcado rechazo, lo que genera discusiones frecuentes entre ambas. Asimismo, se observa que la madre realiza comentarios críticos sobre la delgadez y los cambios abruptos de peso de la adolescente. En lugar de brindar contención y apoyo emocional, la figura materna es percibida como crítica y juzgadora, lo que podría contribuir al malestar de la adolescente y dificultar una comunicación abierta respecto a sus dificultades alimentarias.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

El síntoma anoréxico puede entenderse como una expresión del malestar emocional y de los conflictos presentes en el vínculo madre-hija. La restricción alimentaria funcionaría como un intento de recuperar el control y afirmar la propia autonomía frente a una relación percibida como crítica o invasiva. Asimismo, el síntoma centra la atención familiar en la alimentación, desplazando otros conflictos afectivos y relacionales subyacentes.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

En la paciente se observa una oposición entre sus deseos y las expectativas maternas. Mientras la adolescente expresa un intenso deseo de continuar bajando de peso, la madre insiste en que aumente debido a las implicaciones para su salud y a que su bajo peso resulta socialmente preocupante. Esta dinámica también puede observarse en adolescentes con sobrepeso, donde la expectativa materna suele orientarse hacia la pérdida de peso.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Cuando el conflicto con la figura materna es el eje central de la problemática, el proceso de recuperación suele ser más lento. Ya que la relación madre-hija permanece por conflictos y una lucha constante por el control, con escasa capacidad de negociación. En este contexto, el síntoma puede mantenerse al cumplir una función dentro de la dinámica vincular, dificultando el cambio terapéutico.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Las intervenciones que han mostrado mejores resultados incluyen la psicoeducación dirigida tanto a la madre como a la adolescente, con el objetivo de favorecer la comprensión del trastorno y reducir el malestar asociado. Asimismo, se trabaja la validación emocional, promoviendo el reconocimiento de las emociones y necesidades de ambas, sin invalidar sus respectivas perspectivas. Se realizan límites y acuerdos claros dentro del hogar, orientados a disminuir las interacciones conflictivas y prevenir conductas de riesgo, como la autoinducción del vómito y etc.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Le recomendaría comprender que el tratamiento de la anorexia es un proceso que suele ser prolongado y requiere paciencia, constancia y objetivos terapéuticos realistas. Respecto al vínculo materno, es importante no centrar la intervención en la búsqueda de culpables, sino en comprender la dinámica relacional. Se necesita trabajar desde un enfoque multidisciplinario, con la participación de psicología, psiquiatría y nutrición.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Al trabajar el tema materno con la paciente y su familia, es importante evitar señalar culpables o asumir que una sola persona es responsable del problema. Primero es necesario conocer la perspectiva de la madre o de los cuidadores, entendiendo también sus preocupaciones y dificultades. Además, es importante reconocer hasta dónde llega nuestro trabajo en sesión y cuándo es necesario apoyarse en otros profesionales, como terapia familiar sistémica. Los adolescentes necesitan un espacio individual para trabajar sus emociones, pero la familia también puede necesitar un espacio propio.

Nombres y apellidos: Camila María Arboleda Barrera

Institución donde labora: Hospital de niños Roberto Gilbert

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 10

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Es fundamental considerar la relación temprana entre cada paciente y su figura materna, ya que muchas veces es este vínculo el que termina generando un síntoma en el niño. En el área de neuropsicología, donde se tratan diversos trastornos del neurodesarrollo, caracterizar los hitos del desarrollo infantil es central, y sobre todo indagar en la historia clínica por qué ciertos hitos no se lograron a tiempo. Con frecuencia esto se relaciona con la influencia de la madre en el niño, lo cual en muchos casos dificulta un desarrollo adecuado, no necesariamente porque exista negligencia o abuso, sino porque las madres tienden a la sobreprotección, o bien a cierta falta de atención hacia el desarrollo de habilidades específicas, debido a trabajo, metas personales, factores económicos o dinámicas familiares que limitan las oportunidades del niño para desarrollarse.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

De manera directa. Es en la primera infancia donde se establece y determina la relación que un niño tendrá frente a diversos aspectos de su vida, entre ellos la alimentación. Con frecuencia los padres utilizan la comida como recompensa o como forma de control, y el niño crece

internalizando esa lógica, lo que más adelante puede traducirse en una relación conflictiva con el cuerpo y con el comer.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Rechazo de la comida, vergüenza o incomodidad en contextos sociales donde se espera comer, dietas estrictas, consumo excesivo de contenido en redes sociales relacionado con alimentación y cuerpo, y preferencia por comer en solitario.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Generalmente en los casos que yo he atendido siempre se presenta como una figura de crítica, una figura que critica el cuerpo de El adolescente, una figura que tiene una voz que influye en el malestar que tiene el joven con su comida y con el cuerpo.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Muchas veces el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija cumple la función comunicativa y regulatoria dentro de este vínculo. Me refiero a que cuando la adolescente no encuentra un espacio de escucha y palabra suficientemente separada del de la madre, el control sobre el cuerpo y la comida se convierte en el único territorio que considera que puede controlar. Por otro lado, el síntoma anoréxico no solo influye en esta relación de una sola manera, muchas veces reorganiza la dinámica familiar, capta la atención de los padres, se desplaza a otros conflictos (económicos, de pareja, de otros hijos) y, a veces, termina siendo lo único que une a esta madre y a esta hija, en una dinámica de cuidado y vigilancia constante.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Generalmente cuando en su discurso aparecen comentarios sobre lo que la madre espera de ella o aprobaría de ella, allí es donde se identifica esta fusión: entre lo que la paciente quiere y lo que realmente corresponde a la expectativa de la madre. En los casos donde en cambio sí existe

una mayor diferenciación, suelen tener frases como “eso lo dice mi mamá, no yo”, indicando un desacuerdo con la figura materna, y suele ser un indicador de mejor pronóstico

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Cuando el conflicto materno es central, el trabajo terapéutico suele ser un poco más complicado, porque las intervenciones que se realizan alrededor del síntoma están dirigidas reorganizar esa relación vincular, y es allí donde los pacientes muestran mayor resistencia. Por el contrario, los casos en donde la relación con la madre no es central, sino que el síntoma se deba predominantemente a presión de pares, contenido de redes sociales, u otras causas, la evolución puede ser un poco más favorable, y en algunos casos la familia puede servir como un recurso de apoyo.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

En primer lugar, se trabaja en sesiones individuales con la paciente para reforzar esa diferenciación entre las expectativas materna y su propio deseo. Posteriormente, si las condiciones del caso lo permiten, se proponen sesiones en conjunto con la madre para ser más efectivo el proceso. Otro punto importante es la psicoeducación sobre el trastorno y sobre su función dentro del sistema familiar a la madre, ya que esto puede reducir sentimientos de culpa y asimismo favorecer cambios reales en la relación con la adolescente. También es útil llevar sesiones con la madre para trabajar en el tema del control o tendencias a la sobreprotección, y brindándole otras estrategias que le permitan a ella acompañar sin invadir.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Siempre recomiendo a todo profesional que no se posicione en un lugar de juicio hacia la madre, ya que la madre no es la causa del trastorno, sino una parte de ese sistema que sostiene el síntoma. También es importante crear una alianza terapéutica tanto con la paciente como con la madre de manera individual, antes de intentar un trabajo conjunto.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Evitar culpabilizar a la madre frente a la paciente, ya que esto suele romper la alianza terapéutica que la familia tiene con el proceso. También en el caso de los adolescentes, no recomiendo directamente llegar a las sesiones en conjunto, sin antes trabajar o reforzar la individualidad de la paciente.

Nombres y apellidos: Estefanía Gavilanes Carrera

Institución donde labora: Hospital Roberto Gilbert

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 4 – respuestas basadas en dos casos específicos.

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

No he encontrado un patrón único. Podría decirse que puede predominar sobreprotección o comentarios que hacen sentir que si se cumple expectativas recibirían más afecto- Sin embargo, aunque sea relevante hay que ver más factores que puedan explicar el desarrollo del TCA.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Los padres son el principal vínculo de seguridad y apoyo durante los primeros años, por lo que la calidad de ese vínculo influye significativamente en la construcción de la identidad, la autoestima y la capacidad de autorregulación. Cuando existen dificultades en estas relaciones tempranas, el cuerpo puede convertirse en un espacio donde se expresan conflictos emocionales. La alimentación aquello que se recibe y aquello que se rechaza o se "saca" puede transformarse en una forma de comunicar malestar, expresar necesidades emocionales o recuperar una sensación de control.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

No pudo especificar.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

En mi experiencia no siempre aparece de forma directa, sino de sentirse incomprendidas o a expectativas a alcanzar o por lo contrario una necesidad de aprobación. Es común ver deseo de cercanía y distancia a la vez sin embargo esta ambivalencia no es necesariamente presente en todos los casos. Es importante estar atento a la singularidad de cada paciente.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Dentro de la relación madre-hija, en ocasiones el síntoma también reorganiza la dinámica vincular, intensificando la preocupación, la cercanía o los conflictos.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

En los dos casos que he tenido principalmente las adolescentes presentan dificultades para identificar su propio deseo y responde ante lo que espera el otro, culpas al tomar decisiones.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

En las que sí, dependencia emocional, dificultad para diferenciarse, cumplir expectativas.

En las que no, rasgos de perfeccionismo, presión académica o en el vínculo con pares.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Psicoeducación en la familia, fortalecer comunicación, validación emocional. Trabajo en el fortalecer el Yo.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Que explore sin asumir que desde ahí está la causa, no culpabilizar a la madre o familia, incluir al entorno en el proceso y abordaje multidisciplinario.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

No señalar culpables, no asumir que la paciente si puede controlar el dejar de comer, excluir a la familia o su red de apoyo del proceso.

Nombres y apellidos: Juan Andrés Cando Zapata

Institución donde labora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 1

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Estragante, con múltiples dificultades como la separación debido a que la figura materna es vivida como invasiva o demandante.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Como importante debido a que este primer vínculo permite el acceso y la forma de relacionarse con otras personas. Este primer encuentro remarca como una persona logra una relación con su cuerpo y los alimentos. Es importante recalcar que el alimento constituye uno de los primeros intercambios entre el niño y la madre. El alimento no solo satisface una necesidad biológica, sino que adquiere un valor, un significado como de amor, cuidado o demanda. Cuando la necesidad, demanda o deseo quedan confundidos la adolescente puede recurrir al cuerpo y la alimentación como una vía para poder formular aquello que a través de la palabra no se logra.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Rechazo al alimento o una gran restricción. Un control incesante en el conteo de calorías o de aquello que se consume.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Principalmente desde el lugar de ser controlada, incomprendida o invalidada por parte del Otro, pero a su vez una dependencia marcada en la validación. Los alimentos quedan suspendidos entre la relación madre-hija debido a la dificultad que tiene la adolescente en formular una posición propia.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

El síntoma puede funcionar como un intento de poder introducir una separación entre la adolescente y la demanda materna. El rechazo del alimento debe de ser leído como una manera de ubicar un límite a la imposición del Otro materno.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Esto aparece principalmente cuando la adolescente responde a partir de lo que su madre espera, el temor al decepcionarle o fallarle. Puede confundir su deseo con la obediencia o construir una posición a partir de satisfacer al Otro.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Podríamos plantear que el conflicto materno ocupa un lugar central cuando a la adolescente se le dificulta la separación, la dependencia o la diferenciación subjetiva (deseo propio y demanda).

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Brindar un espacio de escucha en el que pueda hablar sin que su palabra sea sustituida inmediatamente por la de sus familiares. La intervención no busca culpabilizar, sino producir modificaciones en la dinámica familiar, limitar respuestas invasivas y favorecer que la adolescente se reconozca como sujeto diferente.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

No asumir que la madre constituye automáticamente la causa del síntoma. Es necesario escuchar qué función tiene esa figura para la paciente y como se organiza la relación entre ambas.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Evitar culpabilizar o patologizar a la madre.

Nombres y apellidos: Francisco Maquilón Herrera

Institución donde labora: IESS de Ceibos.

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido:
entre 4 y 5

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Una madre presente, pero que agobia mucho, muy asfixiante. En los casos que he tenido también ha variado la función materna, se ha mostrado a una madre ausente pero padre muy estragante, muy presente o que cuenta con una postura muy radical.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Considero que ese vínculo temprano influye porque existe una primera instauración del deseo materno, a partir de la cual la adolescente comienza a construir su relación con su propio cuerpo y con la alimentación. La manera en que la madre responde a sus necesidades y deseos puede influir en cómo la adolescente posteriormente percibe su cuerpo, sus necesidades y la forma en que busca satisfacerlas. En este sentido, la alimentación no se relaciona únicamente con una necesidad biológica, sino que también puede adquirir un significado afectivo dentro de ese vínculo temprano.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Pérdida de menstruación, cuadros depresivos usualmente, autolesiones como cutting, contabilización de las calorías de manera excesiva, ingesta de laxantes, irritabilidad, aislamiento.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Durante el proceso de atención, el conflicto con la figura materna aparece principalmente en la manera en que la madre se mantiene muy pendiente de la paciente y de sus decisiones. Esto parece dificultar que la paciente pueda identificar y expresar con claridad sus propios deseos, ya que constantemente aparece la preocupación por responder a lo que su madre espera o considera adecuado para ella. En su discurso se mantiene presente la lógica de ‘¿qué es lo que ella quiere para mí?’, dejando en segundo plano la pregunta por lo que ella misma desea.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

La paciente y su entorno tienden a interpretar lo que ocurre desde otros factores, como la estética, las exigencias sociales o el capitalismo, sin reconocer que también puede estar relacionado con el vínculo materno. De esta manera, la preocupación por el cuerpo y por ‘cómo

quiero que me vea el otro' adquiere un lugar central, mientras queda menos visible el conflicto con la madre y lo que la paciente desea para sí misma.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Hay pacientes que sí pueden dar cuenta de que el no comer tiene que ver con un intento de separación de la madre. En algunos casos, la paciente puede comenzar a reconocer que aquello que hace con su cuerpo no necesariamente responde a un deseo propio, sino que está relacionado con lo que percibe que la madre espera de ella. El síntoma puede aparecer entonces como una forma de marcar una diferencia, de decir “esto es mío” o de intentar construir un espacio propio frente a una figura materna que puede estar muy presente. Sin embargo, esto no ocurre de la misma manera en todas las pacientes; algunas necesitan un proceso de análisis para poder poner en palabras qué desean ellas y qué sienten que se espera de ellas.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

No podría establecer una diferencia general, porque cada caso es particular. En algunas pacientes aparece más el deseo de ser delgadas por las burlas de otros o por los ideales de belleza. En otras, el conflicto está relacionado con la transición de niña a mujer y con la dificultad para aceptar el propio cuerpo y la sexualidad. Hay algo del cuerpo que se quiere ocultar y que puede expresarse a través de la angustia y del síntoma alimentario.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Depende del caso. Es importante no obligar a la paciente a comer, sino trabajar desde la transferencia y tratar de comprender qué significa el síntoma para ella. Una vez establecida la transferencia, incluso una intervención aparentemente sencilla puede tener otro efecto.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Le recomendaría el análisis propio y la supervisión de los casos. Es importante ayudar a la paciente a poner en palabras qué quería la madre de ella, pero también qué quiere ella, sin asumir de entrada que todo el conflicto está en la madre.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Evitaría sobreanalizarlo. No todo es analizable ni todo tiene que atribuirse al vínculo materno. Primero hay que evaluar, ser prudentes y respetar el tiempo de la paciente. El análisis consiste en acompañarla, no en imponerle una interpretación.

Nombres y apellidos: Christina Velasquez Ferreti

Institución donde labora: ASPROSEAT en España y APROFE. Consulta privada.

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 4

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Relación compleja, no todos los casos hay una relación con la madre. La relación entre la comida y la familia son complejas, la adolescencia es una etapa compleja especialmente en la mujer, que pasa de cuerpo niña a cuerpo mujer. El tema de la feminidad.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Influye mucho porque la madre es el referente del cuerpo, del vínculo, de la comida, la que introduce el mundo de la comida. El dar el pecho como ese otro materno introduce el alimento es muy importante, va a ver una huella mnémica de alguna manera en el cuerpo porque es el primer acercamiento al alimento.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Rechazo a la comida, el control de calorías hacia la comida, control excesivo hacia el otro, hacia el paciente la madre que devoradora desde los ideales. Rechazo al cuerpo, la vestimenta grande, esconder el cuerpo que diferencia a la mujer. Comer es algo social, implica una mirada social, que es lo que el otro mira. La comida tiene un valor psíquico y libidinal bastante fuerte. Pérdida de peso excesivo, palidez, caída del pelo, mirada perdida.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Rechazo hacia la madre, o llamada de atención hacia la madre. Petición de ser mirada desde otra perspectiva, las pacientes suelen dejar de comer para dejar de ser controlada, funciona como intento de separación con la figura materna. Cuando la paciente es el síntoma, el modo de funcionamiento se rige por el pensamiento "si dejo de ser anoréxica yo dejo de ser mirada".

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

El síntoma puede funcionar como un llamado dirigido a la relación madre-hija, como un mensaje que hay que descifrar. Puede señalar que algo en ese vínculo o a nivel familiar ha dejado de funcionar, ya sea por un control excesivo o por una falta de mirada. Además, en la adolescencia hay una reestructuración psíquica y un corte, donde la joven comienza a tomar decisiones propias. De todos modos, esto debe pensarse caso por caso.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Muchas veces la paciente habla desde el lugar de la madre, desde aquello que supone que el Otro quiere de ella. En la anorexia puede aparecer un rechazo a ese lugar y al cuerpo que el Otro espera. Hay un intento de rechazar ese deseo del Otro a través de la

relación con la comida y con el propio cuerpo. La anorexia puede llevar incluso a una relación con el vacío y con un goce que va más allá del deseo consciente de adelgazar.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Cuando el conflicto está más relacionado con la madre, los síntomas suelen girar alrededor de una historia de rechazo y de lo que la madre quiere o exige. Cuando no está tan centrado en lo familiar, pueden aparecer con mayor fuerza los ideales de lo femenino y del cuerpo. Hay que observar cuánto está afectada la paciente por esos ideales y cómo estos se transforman durante la adolescencia. Actualmente, además, las redes sociales pueden funcionar como un superyó voraz que exige constantemente responder a determinados ideales.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

En menores de edad, es importante realizar una entrevista inicial con los padres y trabajar de manera multidisciplinaria. También hay que explorar la historia de la paciente: el embarazo, la lactancia, la relación con los padres, las amigas y los otros. No quedarse únicamente en la comida, sino preguntarse qué alimentos restringió, cuándo comenzó y qué estaba ocurriendo en su vida en ese momento. Es importante escuchar qué se repite en el síntoma y qué significado tiene para ella.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Le recomendaría trabajar multidisciplinariamente y mantener sesiones con los padres cuando sea necesario, pero sobre todo escuchar mucho a la paciente. El síntoma tiene algo que decir y debemos escuchar qué está expresando la anorexia en el contexto de su consulta. El terapeuta es un instrumento; no tiene que colocarse en el lugar de quien posee la solución, sino acompañar al paciente en la búsqueda de aquello que está en juego.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Es importante hablar con la familia para evitar que la solución sea simplemente imponerle a la paciente que coma. Hay que evitar quedar atrapados en un superyó que diga qué tiene que comer o cómo tiene que vivir. También es fundamental no caer en el *furor curandis*, es decir, en la urgencia de curar o eliminar el síntoma sin escuchar primero qué está expresando para esa paciente.

Nombres y apellidos: Victoria Arellano Puebla Santander

Institución donde labora: Consulta Privada

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: No tengo un conteo aproximado de las pacientes que acompañé. Estuve trabajando en un hospital psiquiátrico con este tipo de casos durante un año. Actualmente continúo trabajando en consulta privada con algunos casos de anorexias que no solo están presentes en pacientes adolescentes, ni mujeres.

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

Desde el comienzo de mi práctica tuve la suerte de trabajar en un hospital psiquiátrico en el área infanto juvenil con adolescentes mujeres internadas bajo diversos diagnósticos. Esta experiencia me permitió poner en dialéctica mi formación como psicóloga clínica con una orientación determinada, el psicoanálisis lacaniano, y mi función en un equipo interdisciplinario (psiquiatras, nutricionistas, maestros hospitalarios, enfermeras, terapeutas ocupacionales y psicólogos) que atendía casos graves de anorexia y bulimia. Esta importante aclaración les permitirá conocer mejor el lugar desde el que intentaré responder a esta entrevista.

Lo primero que tuve en cuenta al acompañar estos casos, que aún lo hago pero en la consulta privada, es que la anorexia al igual que otros trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia o la obesidad, sólo por nombrar algunos, pertenecen a un campo mucho más amplio que el fenómeno en sí mismo. Mi apuesta en esos momentos fue y continúa siendo; ir más allá de las ideas estándar sobre la anorexia, de todo aquello que se puede ver como la delgadez extrema o la obesidad del cuerpo y demás. De hecho, un modo más pintoresco, romántico o

muy fiel a la literatura que encuentro es parafraseando al escritor de El Principito; en esta clínica “lo esencial es invisible a los ojos”. No solo se trata de llevar el cuerpo al límite, ni de una conducta alimentaria problemática en función a los ideales de la belleza, hay todo un trabajo psicoanalítico hecho y que, gracias a su transmisión dentro y fuera de la academia podemos pensar en las anorexias más allá de lo obvio, del presente, de lo actual, quizá como una clínica en la que los padecientes/pacientes sufren mucho por la relación con el Otro, su Otro primordial.

Pero bueno, aún cuando la relación temprana entre estas pacientes y su Otro primordial, que con mucho esfuerzo intenta cumplir la función materna, es una interrogante fundamental en este trabajo, hay que estar advertidos de que la respuesta siempre será distinta, pues no hay dos anoréxicas que sufren igual. Ahora bien, los fundamentos teóricos que podemos encontrar en seminarios, textos, conferencias y demás son oportunos guiños clínicos que nos permiten sospechar por ejemplo que la relación de los seres hablantes con la comida no tiene que ver únicamente con una suerte de satisfacción biológica o necesidad de preservar la especie. La comida para los seres hablantes no se reduce a lo que impide la muerte, tiene muchos elementos estructurales que entran en juego desde el inicio de la vida.

¿Cómo se alimenta un bebé? es una pregunta que ningún clínico debería olvidar. El psicoanálisis, primero con Freud y luego con Lacan, por supuesto hay más autores dedicados a investigar seriamente sobre la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica como Domenico Cosenza, nos recuerdan el estado de indefensión primordial de un ser humano y cómo la comida es ese primer intercambio con el Otro. En este sentido podemos pensar que la “buena” o “mala” relación del sujeto con la comida coincide con su relación con el Otro. ¿Y quién más podría ser ese Otro primordial del cachorro humano sino quien encarna la función materna?

Pues bien, si pensamos entonces en el encuentro inicial de un bebé con el “pecho” de la madre se trata de un encuentro relacional y no solamente nutricional. Pensemos en la escena de un bebé succionando el seno de su madre, un biberón, etc, etc, no solo mueve su boquita también levanta sus ojos, mueve sus manitos y su madre o quien haga sus funciones entra en este juego de intercambios, le canta, le habla, le pide a su bebé que no la lastime; se trata de un acto, un acto alimentario en el que está en juego la relación con el Otro. El ser humano se nutre de esa relación, de la mirada que es principalmente deseo. Hay un aforismo popular que dice “la comida entra por los ojos”, hay algo de sabiduría ente decir cultural y en la literatura también como Shakespeare que al hablar sobre el amor trae muchas referencias sobre la mirada.

Ahora, hay más afectos que solo los tiernos y amorosos que se ponen en juego en la relación temprana entre una madre y su bebé; el odio, el juicio, la condena, quiero referirme al rechazo con más precisión. Aquí quiero animarme a decir que en esta clínica si bien está en juego la oralidad hay algo de la mirada que también es muy importante atender.

Es un error reducir esta clínica a la oralidad, mucho menos a la función de la nutrición, hay elementos inconscientes que entran en juego y que causan sufrimiento, es este detalle, este gran detalle el que hace posible nuestro trabajo como clínicos, de lo contrario, no tendría mucho sentido intervenir o acompañar, se trataría únicamente de una cuestión médica o de los nutricionistas.

Un poco más advertidos de todos estos elementos que ocurren durante esta experiencia, podemos sospechar que la alimentación hace parte de la constitución del sujeto y por ello de sus modos tan particulares de responder ante determinadas situaciones haciendo síntomas por ejemplo, podríamos sospechar en algunos casos la anorexia, la bulimia o la obesidad.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Puedo iniciar respondiendo que no hay una anorexia igual a otra. Ningún vínculo temprano es igual a otro y por supuesto que los primeros encuentros o desencuentros al inicio de la vida no influyen de la misma manera para todos. Los casos que acompañé no siempre están enredados con un cuerpo delgado o “femenino” que cause deseo, más bien escucho que el cuerpo puede ser causa de mucha angustia, de un horror, de rechazo, pero rechazo de qué, de quién y por qué, son las preguntas que nos importan para durante el tratamiento.

En mi práctica clínica me encontré con pacientes anoréxicas en la vertiente del rechazo al Otro, rechazar todo lo que tiene que ver con el lazo social, se trata de una condición muy radical, muy parecida a lo que ocurre en las toxicomanías.

Hay algo que no ha encontrado la posibilidad de falicizarse y que por ello no les ha permitido a las pacientes entrar en la mascarada femenina y poder utilizar el cuerpo como semblante.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Hay puntos oscuros en esta práctica, oscuros cuando pienso en las respuestas que están más allá del discurso social o de los manuales diagnóstico, sin embargo, esas son las respuestas que

nos interesan. Por supuesto que es muy importante para cualquier clínico, más allá de su enfoque, conocer algo de estos discursos; el social, el médico, el comunitario, el de los derechos, etc, etc pero podría resultar muy peligroso quedarse únicamente en la lógica de los criterios diagnósticos.

Las manifestaciones que deberían hacernos pregunta no son solamente por qué una adolescente está extremadamente delgada, si ha dejado de comer, si cuenta o no calorías o si compara con frecuencia su cuerpo con el de otras mujeres, son indicadores sí, pero no pueden ser nuestra brújula en el tratamiento. La relación que cada uno tiene con la comida, la misma que nos remite a esas primeras interacciones con nuestros Otros primordiales, valga la redundancia, son el eje fundamental en esta clínica, mucho más si se presentan durante la adolescencia. Una época en la que se hacen varios duelos, un momento en el que las hipótesis infantiles sobre la sexualidad y la muerte están algo más alejadas del discurso de los padres. Se trata de un momento de la vida sumamente delicado y mucho más si aparece una anorexia, por ello me parece muy injusto reducir las manifestaciones más frecuentes de la anorexia a aquello que ya está escrito en los manuales diagnósticos y estadísticos. La idea es escuchar cuáles son las modalidades que se presentan en cada caso, sin que esto signifique dejar de reconocer la importancia del lenguaje de la OMS o de la APA.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

Bueno, no quisiera extenderme demasiado respondiendo estas preguntas, intentaré ser un poco más breve. Cuando pienso en la relación entre la anorexia y el vínculo materno, para mí es indispensable hacer una precisión. La de no reducir toda la clínica, ni la de las anorexias ni con otros diagnósticos al vínculo con la madre o quien haga sus funciones. Un niño o una niña, un bebé, el cachorro humano como suele decirse desde el psicoanálisis no nace solamente de su madre, y tampoco se constituye psíquicamente únicamente a partir de ese vínculo. Es indispensable que los clínicos recordemos las veces que sean necesarias que hay una función paterna que resulta fundamental, ya sea encarnada por el padre o por quien pueda ejercer esa función, y me parece que este pequeño gran detalle, no quisiera sonar demasiado sarcástica, no deberíamos perderlo de vista, especialmente cuando escuchamos estos casos.

De hecho, hay textos maravillosos que permiten trabajar esta cuestión, entre ellos el Seminario 4 de Lacan, creo que ya nombré también a Domenico Cosenza que tiene varios textos dedicados a la clínica del exceso y de la conducta alimentaria. En todo caso y retomando en el Seminario

4 podemos encontrar joyas, elementos muy importantes para pensar la relación entre el sujeto, el deseo materno y la función paterna. Incluso este año las Jornadas de la NEL en México estarán dedicadas a la metáfora paterna, lo que me parece una oportunidad muy interesante para volver sobre una cuestión que considero central para la clínica con pacientes anoréxicas o también la clínica del estrago. Lo menciono porque, especialmente cuando trabajamos con adolescentes en esta situación, la anorexia, y aparece un conflicto importante con la madre, corremos permanentemente el riesgo de dirigir toda nuestra lectura hacia ese vínculo y terminar haciendo de la madre la explicación de aquello que le sucede a la paciente. Para mí, la apuesta clínica va justamente en otra dirección, la de escuchar qué lugar tiene lo materno, pero sin olvidar las otras coordenadas que participan en la constitución subjetiva. Y como he venido insistiendo, esto no solamente es importante en la clínica de las anorexias, sino también cuando acompañamos otros padecimientos. No se trata de sustituir una explicación materna por una explicación paterna, sino de no cerrar demasiado pronto aquello que todavía necesitamos escuchar.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Bueno, espero no sonar muy repetitiva o aburrida pero me gusta insistir en que el síntoma anoréxico no se trata de una manifestación que pueda explicarse de manera universal. La clínica, la psicopatología tal como la entiendo desde el psicoanálisis, no puede quedar reducida al enfoque biomédico ni a la descripción de un conjunto de conductas observables. Esto me ha permitido hacerme a un lado de la universalidad de un diagnóstico y apostar por la singularidad del síntoma. Claramente, podemos hablar de anorexia, podemos, por qué no, reconocer determinados criterios clínicos y compartir un diagnóstico, pero eso no significa que el síntoma tenga la misma función o el mismo sentido para todas las pacientes. Tengo varias viñetas clínicas pero no quisiera alargarme o aburrirlas. En todo caso, me interesa pensar la anorexia también desde su dimensión enigmática, desde aquello que todavía no sabemos y que solamente puede aparecer a través de la palabra de quien la padece. En mi experiencia, algunas pacientes parecían utilizar la negativa a comer como una forma de rechazar aquello que provenía del Otro, especialmente de su Otro primordial; en otras, aparecían elementos que obligaban a pensar en una estructura psicótica o en coordenadas subjetivas completamente diferentes. Recuerdo el caso de una adolescente que llegó a un punto extremo de rechazo de los alimentos y que, cuando finalmente pudo hablar, me dijo que no quería comer porque los demonios atacaban a las mujeres gordas. Ese momento me obligó a escuchar más allá de la

conducta alimentaria y a preguntarme qué estaba en juego allí. Por eso, para mí, el síntoma anoréxico conserva siempre algo enigmático y claramente, se lo deben haber repetido hasta el cansancio sus maestros psicoanalistas, un síntoma, cualquiera que sea, no está allí únicamente para ser eliminado, sino para ser escuchado en su singularidad.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Quisiera en primera instancia decir que mi experiencia clínica, especialmente durante mis prácticas hospitalarias, escuché a varios pacientes y no necesariamente anoréxicas estar sumamente enredados entre los propios deseos y las expectativas maternas, quiero decir con esto que no es simple hacerlo y que este tipo de enredos no son una condición que se presente únicamente en la clínica de las anorexias o de otros trastornos de la conducta alimentaria. Si algo nos enseña el psicoanálisis es que ni el amor, ni el odio son afectos automáticos, hay muchos elementos que se ponen en juego durante la constitución psíquica y a lo largo de la vida de un ser hablante.

Ahora, en segunda instancia es fundamental recordar que la clínica nunca es a solas, en mi caso estuve acompañada por el dispositivo del control y mi propio análisis, esto me permitió conocer a autores/psicoanalistas muy inteligentes como a Domenico Cosenza, Leyéndolo a él y escuchando a mis pacientes he llegado a pensar, no a concluir, nunca a concluir, que, en la anorexia, hay mucha dificultad para elaborar una demanda. De hecho, puede ser muy difícil acompañar a una adolescente anoréxica que te dice constantemente que no quiere nada de ti, que no tiene necesidad de venir y que lo hace porque sus padres la han obligado/ amenazado. En otras palabras, el síntoma no necesariamente es vivido por la paciente como algo problemático que quiera modificar. Todo el contrario, puede existir una relación muy estrecha con él, al punto de que la paciente no se interroga sobre aquello que le ocurre ni manifieste inicialmente un deseo de desprenderse de su síntoma. Es más, el síntoma en estos casos, suele ocupar un lugar tan importante que parece no dejar espacio para que la paciente pueda interrogarse por otras posibilidades. Por eso, para mí, no se trata de apresurarse a señalar cuál es su verdadero deseo, sino de sostener un espacio en el que esa pregunta pueda llegar a formularse. En estos casos los pacientes debemos ser nosotros, los que acompañamos.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Esta posibilidad institucional que les describí al inicio de la entrevista, incluso después de varios años, me permite reflexionar sobre esta clínica y sus avatares, especialmente me invita constantemente a escuchar a pacientes anoréxicas y bulímicas no solamente como sujetos que tienen dificultades graves en la relación con la comida sino también estructuralmente, en otras palabras sujetos adolescentes que presentan una fragilidad muy importante.

Para todo ser hablante es muy importante y me atrevería a decir que central el conflicto con su figura materna, utilizando las palabras con las que han construido esta pregunta, no solo se trata de una cuestión de las adolescentes anoréxicas. Podría ser muy riesgoso reducir esta clínica a la oralidad así como a las dificultades de las pacientes con sus madres o quienes han hecho la función de.

Recuerdo por ejemplo acompañar a una adolescente que fue internada bajo el diagnóstico de una anorexia, no había la posibilidad de que comiera, ni siquiera bebía agua. Era una adolescente a la que no les gustaba hablar hasta que gracias a un dispositivo grupal algo de transferencia se estableció y la paciente finalmente me confió su delirio “No quiero comer porque los demonios atacan a las mujeres gordas”, les pregunto a ustedes que hacen esta entrevista para su tesis, ¿no creen que estos “síntomas anoréxicos” son parte de algo más grande, de una psicosis por ejemplo?

Es aquí cuando pienso que la etiología de un diagnóstico o una clínica tan delicada como esta no podría dividirse entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto. Les propongo más bien pensar en la psicopatología desde la sospecha del psicoanálisis.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

En mi experiencia, por supuesto muy modesta, no me animaría a decir que existe una estrategia específica que funcione para trabajar el vínculo materno y que además no es el único vínculo que permite la constitución de un sujeto, es muy importante no dejar al padre en tanto función, a la metáfora paterna y sus efectos psíquicos fuera del tratamiento. No considero que desde la orientación psicoanalítica podamos hablar de intervenciones genéricas ni universales que se aplican de la misma manera en todos los casos. Cada vínculo y cada sujeto tienen una historia

particular, ninguna anorexia es igual a otra, por lo que la manera de intervenir se va construyendo a partir de lo que aparece en cada caso.

Lo que sí me animaría a decir es lo importante que resulta escuchar el lugar ocupa lo materno para esa paciente, qué dice de ese vínculo y qué lugar ocupa la madre y el padre, en tanto funciones, en su propia historia. A partir de ahí es que uno puede encontrar modos de intervenir y hacer con la transferencia.

Ahora, luego de haber iniciado hace algunos años mi práctica clínica y sostener una formación comprometida con el psicoanálisis, creo también que el estilo de cada clínico se va encontrando y construyendo con el tiempo, uno no sólo cronológico, también obedece a sus tiempos lógicos, por ejemplo al momento de su formación y de sus análisis. El modo de intervenir en la clínica de las anorexias y en cualquier otra, no es algo que pueda enseñarse como una técnica. Se va construyendo a partir del análisis personal, la supervisión y la formación. Estos tres elementos son los que permiten que cada clínico pueda ir encontrando su propia manera de escuchar e intervenir. Por eso, más que pensar en estrategias efectivas, les propongo que piensen en una formación que permita sostener más preguntas que respuestas.

Finalmente, en este momento de mi práctica estoy pensando mucho en la transferencia, uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis. En función a esto puedo decir que se trata de una clínica donde corremos el riesgo de ser empujados con mucha facilidad a una respuesta rechazante o angustiada que quizá una paciente pudo tener con su Otro primordial. Puede ser muy difícil acompañar a una adolescente que te dice constantemente que no quiere nada de ti, que no tiene necesidad de venir y que lo hace porque sus padres la han obligado/ amenazado. En este sentido, algo que caracteriza a una práctica de orientación psicoanalítica con estas pacientes es maniobrar la transferencia de tal modo que no quedemos en una posición rechazante.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Tal vez, le recomendaría, sobre todo, que no se apresuren a hacer de la madre una explicación de la anorexia. Creo que es un riesgo importante porque podemos terminar colocando rápidamente a la madre en el lugar de la causa o de la responsable del padecimiento de la paciente, como si se tratara de buscar el culpable de algo. Es fundamental recordar que el clínico es aquel que se inclina a escuchar primero, en el caso de la clínica de las anorexias especialmente qué lugar tiene ese vínculo para la paciente y cómo aparece en su discurso. No

hay por qué asumir de entrada que existe una determinada relación entre madre e hija que necesariamente debe encontrarse en todos los casos. Es fundamental dejar que sea la propia paciente quien vaya mostrando qué se juega allí. También es importante recordar cada vez que abrimos la puerta de nuestro consultorio, con estos u otros casos que, la supervisión, el control resulta fundamental cuando uno se encuentra con algo que no sabe cómo leer o cómo abordar, así como el propio análisis y la formación.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Uno de los principales riesgos que se corren, especialmente cuando acompañamos a niños y adolescentes con un diagnóstico de entrada, podría ser el de convertir a la madre en la causa de todos los males que le suceden a los pacientes. Me parece que una lectura de este tipo puede simplificar demasiado el caso y, además, puede producir una culpabilización totalmente innecesaria de la madre. Si partimos de una teoría cerrada, corremos el riesgo de escuchar únicamente aquello que confirma lo que nuestros prejuicios nos permiten pensar y con ello, dejar de lado lo que un paciente realmente está diciendo.

Otro riesgo tiene que ver con apresurarse e intervenir demasiado rápido. Hay situaciones en las que la demanda institucional o la de los padres por encontrar una explicación o de hacer algo puede llevarnos a cerrar preguntas que todavía necesitan permanecer abiertas.

Es fundamental estar advertidos de que NO existe una manera correcta o universal de abordar estos casos. El psicoanálisis no se sostiene en la aplicación de recetas, sino en la posibilidad de construir una lectura para cada caso. Para mí, justamente ahí adquiere importancia el trípode: mi propio análisis, el control y la formación que me permiten revisar constantemente mi posición frente a aquello que encuentro en la clínica.

Nombres y apellidos: Nadia Camila Landázuri Baquerizo

Institución donde labora: Klinik

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 1

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

En los casos que he visto, la dinámica temprana entre madre e hija ha sido compleja, en donde la madre abarca parte de la vida de la paciente, es decir, dictamina sus rutinas, espacios, tiempos, etc., sintiéndose la responsable de su vida y “devoradora” del deseo de la paciente.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Influye muchísimo, puesto que el vínculo temprano deja una huella mnémica que se reactualiza en la adolescencia, ahí es donde se pone en juego muchas variantes en relación con la comida y el cuerpo, puesto que la madre representa esta vertiente de alimentación/cuidado y si esta cuestión tiene una perspectiva problemática para la paciente, ahí es cuando surgen problemas o trastorno alimentarios.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

Las primeras manifestaciones que son notables son la falta de alimentación, la culpa que existe después de comer, bajo peso corporal, negativa de acudir a profesionales de la salud física y mental, aspecto deteriorado, entre otras.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

En muchas ocasiones se pueden manifestar en frases que denoten sentirse “devoradas” por la presencia materna, es decir, que sientan mucha invasión de la madre en su vida y espacios. Por ejemplo: “siempre me está llamando”, “a cada rato va a mi cuarto para ver que hago”, etc., aludiendo que no tiene espacio personal ni privado, sintiéndose invadida por el Otro.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

Esta función puede interpretarse como un corte en la relación madre-hija, es decir, es el intermediario para el vínculo materno que, por lo general, puede sentirse invasivo en el deseo y vida de la paciente. Por lo tanto, esto funciona como una especie de separador que instaura “voz” propia en la persona que se siente silenciada, utilizándose para “independizarse” del Otro.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Muchas veces esto no se puede distinguir, puesto que no se evidencia deseo de la paciente, es más el deseo que la madre ha instaurado en esta durante la infancia y adolescencia, en donde ocurrió una re-actualización de cuestiones subjetivas inconscientes. Por lo tanto, la paciente no puede distinguir su deseo de las expectativas previas del Otro, observándose en frases como: “solo quiero ser perfecta para tener un buen futuro”, “necesito verme bien o sino no me tomarán enserio”, entre otras., viéndose influenciada por vivencias ajenas para no repetir “algún patrón” heredado.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

Una de las diferencias que se puede notar es la hostilidad que se presenta en relación con el vínculo materno y la apertura que se tiene frente a este tema, debido a que, si la figura materna es una problemática central, la paciente quiere “quebrar” cualquier relación que relacione su estado actual con este vínculo.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Resulta más efectivo cuando se brinda un espacio de escucha y habla a la madre y la paciente, pudiendo saber de donde viene su “devoración” hacia el deseo de su hija. Por lo tanto, es importante no cuestionar el discurso de la madre, sino alojarlo, al igual de escuchar el malestar actual de la paciente y conocer cual puede ser el punto de partida por el cual se puede empezar el trabajo.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Yo recomendaría que se realice varias entrevistas a los padres, en muchas ocasiones, los hijos son el síntoma de la pareja, por lo tanto, podemos encontrar respuestas en estos espacios preliminares. De igual forma, no apresurarse a conocer el “origen” de la problemática, ya que se debe de conocer muchos indoles inconscientes que se ponen en juego con los trastornos alimentarios.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Yo aconsejaría no abordar estas temáticas en los primeros encuentros, más bien alojar el discurso de la paciente y sus familiares para saber que intervenciones se deben de realizar, ya que al inicio del trabajo psicológico las defensas personales están activas, por lo que podría presentarse resistencias, impidiendo el trabajo del profesional. De esta manera, es indispensable no tomar “postura” ni “verdades absolutas” sobre los discursos que se presenten, ya que estos se transmiten de manera subjetiva y vividas, por lo tanto es esencial saber discernir con lo que se trabaja.

Nombres y apellidos: Karen Denisse Villalta Paredes

Institución donde labora: Unidad Educativa Bernardino Echeverría

Número aproximado de casos de anorexia en adolescentes mujeres que ha atendido: 1

1. En los casos que ha atendido, ¿cómo describiría la relación temprana entre la paciente y su figura materna?

No considero que exista un único tipo de relación materna que explique la aparición de la anorexia. Sin embargo, desde una perspectiva clínica, en algunos casos pueden observarse vínculos caracterizados por una elevada preocupación, sobreprotección, dificultades para establecer límites o expectativas muy marcadas hacia la hija. También pueden existir dificultades en la comunicación emocional.

2. ¿De qué manera considera que ese vínculo temprano influye en la relación que la adolescente establece con su cuerpo y con la alimentación?

Considero que el vínculo temprano entre la adolescente y su madre puede influir en la manera en que la adolescente desarrolla su autonomía, su autoestima y la percepción que tiene de sí misma. Cuando existe una dificultad para diferenciar los propios deseos de las expectativas familiares, la alimentación y el cuerpo pueden convertirse en un área en la que la adolescente intenta ejercer algún tipo de control.

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles son las manifestaciones más frecuentes de la anorexia en adolescentes de 12 a 17 años?

En mi experiencia, algunas manifestaciones que aparecen pueden ser una restricción significativa de la alimentación, preocupación intensa por el peso o la figura corporal, miedo a aumentar de peso y una percepción alterada del propio cuerpo. También pueden aparecer conductas relacionadas con evitar determinados alimentos, ejercicio excesivo o rituales alrededor de la comida. A nivel emocional pueden presentarse ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, baja autoestima y dificultades en el funcionamiento escolar y familiar.

4. ¿Cómo aparece o se expresa el conflicto con la figura materna en el discurso de la paciente durante el proceso de atención?

En el discurso de la paciente, puede aparecer a través de expresiones relacionadas con sentirse controlada, no sentirse escuchada, percibir demasiadas expectativas o sentir que la madre interviene constantemente en aspectos relacionados con la alimentación, el peso o su vida personal. También puede expresarse de manera indirecta mediante dificultades para comunicar el enojo o establecer límites.

5. ¿Cómo interpreta la función que cumple el síntoma anoréxico dentro de la relación madre-hija?

En determinados casos, el síntoma puede cumplir una función relacionada con la búsqueda de autonomía y control. Cuando la adolescente siente que tiene poco espacio para tomar decisiones propias, el control sobre la alimentación o sobre su cuerpo puede convertirse en una forma de expresar algo que no logra comunicar verbalmente. Sin embargo, no interpretaría el síntoma únicamente como una forma de comunicación con la madre, porque la anorexia es un trastorno complejo que también involucra factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

6. ¿De qué modo observa, cuando ocurre, que la paciente distingue o no logra distinguir sus propios deseos de las expectativas de la madre?

Esto puede observarse cuando la adolescente tiene dificultades para identificar qué quiere realmente y tiende a responder en función de lo que considera que los demás

esperan de ella. Puede existir una necesidad constante de aprobación o miedo a decepcionar a la madre.

7. ¿Qué diferencias encuentra entre las pacientes en quienes el conflicto con la figura materna resulta central y aquellas en quienes no lo es tanto?

En los casos donde el conflicto materno tiene mayor peso, pueden aparecer con más claridad dificultades relacionadas con la autonomía, los límites, la comunicación y la necesidad de aprobación. En otros casos, estos elementos pueden estar menos presentes y pueden predominar otros factores, como la insatisfacción corporal, el perfeccionismo, la ansiedad, experiencias sociales, presión por la imagen corporal o determinadas características individuales. Por eso considero fundamental realizar una evaluación individual y no aplicar una misma causa a todas las pacientes.

8. Según su experiencia, ¿qué estrategias o intervenciones han resultado más efectivas al trabajar el vínculo materno?

Desde lo que conozco de la intervención clínica, considero importante trabajar no solamente con la adolescente sino también con su familia. Puede ser útil mejorar la comunicación, disminuir dinámicas excesivamente controladoras, establecer límites saludables y ayudar a los padres a acompañar la alimentación sin convertir cada comida en un espacio de conflicto. También es importante que la adolescente tenga un espacio terapéutico propio donde pueda expresar sus emociones y desarrollar autonomía. En los adolescentes, el abordaje familiar puede ser especialmente relevante.

9. ¿Qué le recomendaría a un/a colega que inicia el tratamiento de un caso de anorexia respecto a este eje materno?

Le recomendaría no asumir desde el inicio que la madre es la causa del trastorno. Primero realizaría una evaluación integral de la adolescente, de su contexto familiar y de los diferentes factores que pueden estar manteniendo el problema. Trabajaría con la familia desde una postura colaborativa y evitaría culpabilizar a la madre. También considero fundamental mantener como prioridad la seguridad y recuperación física de la adolescente, trabajando de manera interdisciplinaria cuando sea necesario.

10. ¿Qué errores o riesgos aconsejaría evitar al abordar el tema materno con la paciente y su familia?

Uno de los principales errores sería culpabilizar a la madre o presentar la relación materna como la única explicación de la anorexia. También evitaría confrontaciones directas que puedan aumentar el conflicto familiar. Otro riesgo sería centrarse exclusivamente en el peso y la alimentación y dejar de lado las emociones, la identidad, la autonomía y el contexto de la adolescente. Es importante utilizar un lenguaje cuidadoso, evitar comentarios sobre el cuerpo y promover una participación familiar que apoye la recuperación sin aumentar el control o la presión.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras **Avilés Camacho, Judith Analía** con C.C: # 0926396177, y **Cabrera Suárez, Nataly Doménica** C.C: # 0954293577, autoras del trabajo de titulación: **Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 titulación 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 04 de septiembre del 2026

f. 

Avilés Camacho, Judith Analía

C.C: 0926396177

f. 

Cabrera Suárez, Nataly Doménica

C.C: 0954293577



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Anorexia en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años y su relación con la vivencia conflictiva del amor materno		
AUTOR	Avilés Camacho, Judith Analía Cabrera Suárez, Nataly Doménica		
REVISOR/TUTOR	Psic. Cl. Mackenzie Ugarte, Daniela Estefanía, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de septiembre del 2026	No. de páginas:	147
ÁREAS TEMÁTICAS:	Anorexia, psicoanálisis, vínculo materno		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Anorexia; vínculo materno; síntoma anoréxico; relación con el otro; deseo; goce		

RESUMEN/ABSTRACT: Este trabajo de titulación estudió la relación entre la vivencia conflictiva del amor materno y el desarrollo de anorexia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años, empleando un enfoque psicoanalítico. La investigación fue relevante porque la anorexia representa un fenómeno clínico y social que afecta considerablemente la integridad física y psicológica de las adolescentes por lo que fue necesario comprender su dimensión subjetiva más allá de la conducta restrictiva. El objetivo general buscó analizar dicha relación mediante entrevistas a profesionales de la salud, con el fin de brindar orientación en posibles abordajes terapéuticos, para lo cual se pretendió describir el rol del vínculo materno en etapas tempranas, identificar manifestaciones de la anorexia, comparar los aspectos que evidenciaron su desencadenamiento y mantenimiento y proponer recomendaciones para la orientación terapéutica otorgada por los psicólogos entrevistados. Se empleó un enfoque cualitativo, de paradigma interpretativo, diseño fenomenológico, y alcance descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas aplicadas a diez psicólogos con experiencia en el tratamiento de anorexia en adolescentes mujeres. Los resultados indicaron que el vínculo materno sobreprotector, invasivo o distante influyó en la relación de las adolescentes con su cuerpo y alimentación; y que el síntoma anoréxico operó como recurso de separación y control frente a un Otro materno vivenciado como excesivo o ausente.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 93 991 5821 +593 95 889 3286	E-mail: janaliaaviles@hotmail.com natydominic@outlook.es
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psic. Cl. Colmont Martínez Marcia Ivette, Mgs.	
	Teléfono: +593-999432417	
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	