



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Rivas Cambronero, Eva

Anorexia infantil: La hipótesis etiológica

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXV, núm. 94, junio, 2005, pp. 19-28

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019469003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Eva Rivas Cambronero

ANOREXIA INFANTIL. LA HIPÓTESIS ETIOLÓGICA

CHILDHOOD ANOREXIA. THE ETIOLOGICAL HYPOTHESIS

■ RESUMEN

Se reflexiona sobre las diferencias entre la anorexia infantil y la de la adolescencia constatando la ausencia de adscripción a ideales estéticos e intención de adelgazar en la anorexia de la infancia para poner de manifiesto el verdadero condicionante de ese síntoma: la confusión entre necesidad, demanda y deseo en la relación materno infantil. Se emite una hipótesis etiológica ilustrada con un caso clínico.

Palabras clave: Anorexia infantil, necesidad, demanda, deseo.

■ ABSTRACT

We think about differences between childhood and adolescence anorexia to emit an etiological hypothesis. Little children with anorexia have not aesthetic ideals nor intention of becoming thin or slender and this permits looking to the real condition of their symptom: a confusion between need, request and desire in the maternal-child relation. This is illustrated with a case description.

Key words: Childhood anorexia, need, request, desire.



■ INTRODUCCIÓN

Pensar en la anorexia mental es, en principio, evocar el cuadro de una adolescente extremadamente delgada que, sin embargo, insiste en querer adelgazar por sentirse siempre gorda. Pero sucede que en niños prepúberes también encontramos casos de rechazo a la alimentación que llegan a provocar pérdida o no ganancia de peso e incluso retraso del crecimiento propio de estas edades. Esto es aún más preocupante cuando hablamos de niños en la primera infancia.

Así pues, a pesar de que la anorexia mental es un trastorno típicamente de la adolescencia –los epidemiólogos describen dos picos de frecuencia, a los 14 años y medio y a los 18-, existen pacientes que desarrollan anorexia antes de los 10 años, un 8% según autores (1).

La infantil es una anorexia con ciertas particularidades que incluso han hecho plantear si se trata de una anorexia mental de la infancia o se trata de una entidad nosológica diferenciada (2). Para distinguirlas llamaré anorexia infantil a una y anorexia mental al cuadro clásico de la adolescencia. Desde luego la tríada sintomática adelgazamiento-anorexia-amenorrea no tiene sentido en la infancia en donde, en función de la edad del paciente, el retraso en el crecimiento y la frecuente severidad del cuadro son lo más preocupante desde el punto de vista médico.

Hay que distinguir las anorexias al inicio de la pubertad, que aparecen con los primeros signos de ésta pero antes de las primeras reglas (con la consecuente amenorrea primaria) de las verdaderas anorexias prepúberes que se manifiestan antes de cualquier signo de pubertad durante la fase de latencia. Desde la perspectiva médica, las primeras tienen un desarrollo clásico, a menudo con mejor pronóstico, las segundas por el contrario suelen tener un peor pronóstico. Se presentan en un contexto depresivo o en el seno de relaciones madre-niño particularmente patológicas.

■ DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA INFANTIL Y ANOREXIA EN LA ADOLESCENCIA

Las principales particularidades de la anorexia en prepúberes son: una proporción varones/niñas elevada con respecto al trastorno de la adolescencia, el hecho de que los problemas alimentarios están presentes desde la primera infancia, el retraso del crecimiento y la asociación frecuente con estados depresivos.

Además en la anorexia infantil no hemos visto en la casuística la distorsión de la imagen corporal ni el sometimiento a una imagen ideal que se observa en la anorexia mental de comienzo en la pubertad y adolescencia. Estas son las características diferenciales a subrayar para, a partir de ahí, intentar esclarecer los mecanismos de la anorexia adolescente.

En la anorexia infantil es en la que más desenmascarado se muestra el conflicto con el otro materno, presentándose desinvestida de la influencia de la epidemia, la moda o la meta de adelgazar. Es decir, la anorexia infantil queda por fuera de la

epidemia, en la que no se incluyen casos de niños pequeños, y además para estos pacientes su universo lo constituyen solo las figuras de apego por lo que los ideales sociales de la moda y la delgadez todavía no están internalizados. En relación con esto podría estar el hecho de que la proporción de varones afectados es mayor en la anorexia prepuberal. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente supone una gran presión sobre todos los miembros de la población. Cada sujeto tiene un esquema perceptivo-emocional que le dice si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad le impone (3). En mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido, pero parece que determinadas edades y el género femenino parecen incidir en un mayor empuje imaginario hacia la identificación desbordada con los ideales sociales: la influencia que ejerce la cultura de la delgadez sobre la mujer es mayor que la que ejerce sobre el hombre y esto ha centrado la mayor parte de los trabajos de investigación -Maganto y Cruz (4) concluyen que la distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género-. Pero la anorexia infantil escapa a esta lógica de ideales impuestos de una imagen corporal y por tanto no hace distinción por sexos, lo cual deja al desnudo la separación conflictiva del otro materno que está en la base de su patogenia.

¿Qué sucede en el acceso a la pubertad que en algunas niñas provoca el inicio de la anorexia? Es el momento de los cambios en el cuerpo, un cuerpo que devendría siniestro si no fuera porque la sexualidad naciente hace que se subjetivicen los cambios corporales, conteniéndose y atenuándose lo inquietante de la transformación en la experiencia de búsqueda de la belleza corporal (5). Pero en la anoréxica esta experiencia de lo siniestro no ha podido ser metabolizada y se impone como fenómeno de primer plano en la clínica –rechazo de las curvas, de las formas femeninas, horror a engordar, vértigo hacia la delgadez sin formas-. ¿Cuál es la clave de esta vía diferencial que sigue la anoréxica en la pubertad? Probablemente la problemática de su constitución como sujeto deseante, lo que nos llevaría a explorar que sucedió en el Edipo de estos sujetos (6).

Pero volvamos a la anorexia infantil: en los sujetos durante la edad de latencia o en la infantil se trata de una problemática muy anterior a todo esto: la anomalía en el vínculo con el primer objeto libidinal (la madre) y la problemática en las operaciones de alienación y separación se instaura en estadios más precoces, anteriores al complejo de Edipo y a las identificaciones imaginarias, encontrándose que no es por vía de los cambios en la imagen corporal que se desencadena el rechazo a la alimentación.

Las dos operaciones fundamentales que define Lacan para la causación del sujeto están concernidas. Estas dos operaciones fundamentales para que el organismo humano que ha nacido a la vida devenga sujeto (sujeto de discurso, de deseo, de destino propio) son la alienación y la separación. La alienación nomina la relación del sujeto con el Otro de la demanda, con la cadena significante, es decir es la operación subjetiva por la que todos nos adscribimos a la estructura cultural, a la ley,



a la estructura de lenguaje que nos precede al nacer, que está previamente a nosotros, y a la que nos alienamos. La separación define la relación del sujeto con el Otro del deseo: el sujeto debe operar con su propia falta para separarse del Otro y poder maniobrar con su propio deseo, dejando el lugar de ser el objeto de deseo del Otro (pasar de objeto a sujeto). El llamado estrago materno es responsable de un obstáculo que se erige frente a la separación y que es característico de la anorexia-bulimia (6) y esto se da tanto en adolescentes como en niños.

Actualmente en la atención institucional especializada a la anorexia infantil se comienzan a utilizar como marco de referencia los trabajos del grupo norteamericano de Irene Chatoor cuya clasificación es probable que sea adoptada en próximos DSM. Ellos distinguen:

- 1) Trastornos alimentarios de «homeostasis», de inicio en el recién nacido.
- 2) Trastorno alimentario del vínculo: se desarrolla entre los dos y los ocho meses de edad, descrito previamente como síndrome de deprivación materna, por depresión o psicopatología severa materna que lleva a incapacidad emocional y negligencia con el bebé.
- 3) Anorexia infantil, que se presenta durante la transición a la cuchara o a la alimentación autónoma, entre los seis meses y los tres años de edad.
- 4) Trastorno de alimentación postraumático: rechazo de la alimentación (como en la anorexia infantil) pero secundario a experiencia traumática en el tracto orofaríngeo.

Por último describen una categoría de «niños que comen caprichosamente», «comedores selectivos» o «picky eaters» en los que no existe malnutrición pero que comparten con la anorexia infantil el rechazo a la comida, la preocupación de los padres y la interacción conflictiva madre-hijo durante la alimentación.

Chatoor (2, 7) conceptualiza la anorexia infantil como un trastorno relacional que comienza cuando la interacción durante la alimentación es «altamente conflictiva» y esto altera la transición a la alimentación autónoma.

Distintos autores y escuelas psicoanalíticas han señalado el síntoma anoréxico como efecto de ciertas interferencias o alteraciones en el proceso de individuación-separación. Meyer y Weinroth confieren al síntoma la finalidad de responder a fallos de orden psicótico de la organización del yo por la tentativa de restablecer la unidad madre-niño. Jeammet señala la importancia del conflicto dependencia-autonomía y la vulnerabilidad fundamental de estos sujetos. En otros trabajos (Gero, Hudson...) se aprecia la conducta anoréxica como el trabajo psíquico necesario para elaborar la pérdida o la separación del objeto (1).

■ HIPÓTESIS ETIOLÓGICA

En la infancia se hace más patente que en ninguna otra edad la explicación etiológica que Lacan propone para la anorexia señalando la diferencia entre necesidad demanda y deseo: en el hombre, a diferencia del mundo animal la relación con el entorno está mediada por el lenguaje cuyas leyes modifican el campo de las necesidades en su totalidad: ni el acto de comer, ni la comida como objeto conservan rastro alguno de su condición natural sino que están transformadas por el efecto del lenguaje y de la norma social que organiza la conducta alimentaria (preferencias, deseos, horarios, gastronomía...)

En la anorexia la madre confundiría la demanda del niño como si se tratase simplemente de satisfacer la necesidad, cuando, precisamente, la oralidad es la primera fuente de satisfacción del niño y según la máxima freudiana el deseo tiene una connotación sexual reprimida que subyace en cada una de nuestras actividades.

El lenguaje, y por tanto la demanda introducen un modo de falta, absolutamente distinta de la que funciona en el campo de la necesidad: la necesidad es una señal de alarma para la subsistencia del organismo: si algo le falta, por ejemplo el alimento en el hambre, existe el objeto que, cuando se obtiene, satisface completamente la necesidad. Pero la falta que introduce en el niño el hecho de que sus necesidades se han de vehiculizar por el lenguaje (la demanda) es radicalmente diferente, es lo que Lacan llama la carencia en ser. La falta en ser es el resultado del efecto del lenguaje sobre el organismo viviente que queda transformado en un sujeto hablante a costa de haber perdido para siempre su ser natural o instintivo.

Así el ser parlante, para intentar sobrevivir tanto en el mundo natural como en la relación subjetiva con el Otro y el entorno simbólico hace uso del lenguaje bajo la forma de la demanda, pero con la limitación de que no existe objeto alguno que pueda colmar la falta en ser, y que esa falta permanece dando lugar al deseo, motor de la vida del sujeto.

El niño entra en el mundo de la demanda con sus primeros llantos, que son recibidos por la madre como una demanda: algo le pide, pero será ella quien tenga que codificar ese «algo» en términos de lenguaje: la madre interpreta esa demanda dándole un significado: -llora porque tiene sueño..., o porque tiene hambre...o porque algo *necesita*...-. De esta forma las necesidades del niño pasan a ser demandas al hacerlas pasar el Otro (la madre) por el *desfiladero del significante* y así dependerán de la interpretación que el Otro haga de ellas. Pero la madre responde en función de su propia subjetividad de modo que aquellas madres que no toleran la más mínima señal de que algo falta intentan por todos los medios llenarla con objetos que sí tienen (alimentos, juguetes, caprichos...), pero el objeto que no pueden ofrecer es aquel que llena la falta en ser, ese objeto al que no tienen acceso porque afortunadamente no existe, lo cual permite que se puedan ir deseando objetos sustitutivos que nunca llenarán la falta y por tanto nunca apagarán el deseo. Lacan en «La dirección



de la cura» (8: pag 259) escribe: «[...Lo que al Otro (la madre) se le pide dar es precisamente lo que no tiene, puesto que a ella también le falta el ser, es lo que se llama amor...]». El amor es, pues, el signo de la falta en el Otro.

El conflicto que estalla en la relación de nutrición lleva implícito el malentendido con el Otro: a la demanda de ser nutrido la desborda un deseo y, precisamente para que no se extinga, el sujeto no se deja nutrir..., se niega a desaparecer como deseo (5). Para Lacan la extinción o el aplastamiento de la demanda en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo, siendo de ahí de donde parte la negativa a dejarse nutrir, la anorexia. El deseo es la función fundamental en la estructuración del psiquismo, es el motor de la vida. Porque hay falta hay deseo: se desea lo que no se tiene. Además existe una condición para que el niño pueda introducirse en la dialéctica del deseo: el que al Otro también le falte algo, es necesario que la madre desee y que su deseo no se agote en el niño. El amor debería ser la prueba de la falta del lado del Otro, sería algo como decir: «hijo, yo tampoco tengo eso que me pides, sin embargo te ofrezco cualquier cosa como signo de mi amor» (9: pag.10) . El amor es entonces la prueba de que el Otro está afectado por la imposibilidad, pero que a partir de su falta puede, no obstante, utilizar un nuevo recurso consistente en ofrecer su propia carencia – de hecho sólo nos sentimos amados por aquel que nos transmite que somos lo que le falta -. Sin embargo, la madre del niño anoréxico, en palabras de Lacan (8: pag259) «... en lugar de lo que no tiene, le atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir, confunde sus cuidados con el don de su amor». La madre en este caso sólo quiere que el niño coma, sustituye su amor por los cuidados y los alimentos: reduce la demanda a la necesidad y así aplasta el deseo.

La anorexia sería entonces el preferir nada para comer: la forma que el niño tiene para preservar el deseo y continuar siendo deseante. El rechazo, la negativa del anoréxico a comer es un posicionamiento tajante del lado del deseo. Pero también es un error de la estrategia del sujeto para abrir el campo del deseo en el Otro y en él mismo.

En la demanda infantil a menudo podemos observar que si le damos a un niño lo que pide, inmediatamente quiere otra cosa y relanza una nueva demanda, ocurre entonces que cuanto más se le satisface, más caprichoso se vuelve hasta incluso reaccionar con rabietas. Esta demanda insaciable no es fácil de tolerar y lo habitual es que la madre reaccione tratando de acallarla y ofreciendo al niño un objeto: comida, el pecho, el biberón, el chupete... de forma que por un momento se calla, se le cierra la boca con algo para que se duerma y «será en el sueño infantil donde renazca el deseo haciendo surgir objetos que no tienen que ver con la necesidad». (9: pag. 11)

El atiborrar para borrar la falta a través del exceso es contrario al funcionamiento del deseo. Quizá es por esto que la anorexia únicamente existe en los países desarrollados en los que la comida no sólo no falta sino que pareciera que está a nuestro alcance en abundancia con solo alargar la mano. La anorexia constituye así un efecto de goce de la sociedad industrial de consumo. El deseo, en este escenario corre el

riesgo de debilitarse, pues intuitivamente se entiende que lo que lo provoca es la ausencia del objeto y lo que lo adormece es la satisfacción inmediata. Si la madre se sitúa en la función única de ser fuente de satisfacción de las necesidades del niño está corriendo el riesgo de no cumplir la imprescindible alternancia de presencia-ausencia para ser una «madre suficientemente buena», que es la que, además de cuidar de que las necesidades vitales estén cubiertas, deja lugar al deseo sabiendo faltar y mostrando su incompletud. Si esto no se desarrolla así será el niño el que de forma fallida intentará preservarse como deseante a través de negarse a la satisfacción por parte de la madre de su propia necesidad vital. De esta manera exige que la madre desee otra cosa más allá de él mismo. Y esto es fundamental en el desarrollo del sujeto: hacer la experiencia de que el deseo de la madre no se dirige únicamente a él: hasta que el deseo de la madre no se libera de su fijación al niño, éste no puede encontrar la vía de su propio deseo (9).

Se trata pues del proceso de separación donde el sujeto, inicialmente alienado al deseo de la madre, habrá de resolver su vía particular hacia la individuación. La anorexia sería el intento de un sujeto de separación del Otro, siendo capaz incluso de sacrificar sus intereses más fundamentales hasta el punto de poner en riesgo su vida.

La anorexia sería entonces un intento patológico de separación y a la vez una demostración de fuerza en la que el niño invierte la relación de dependencia: es el sujeto anoréxico el que mantiene al otro a merced de las manifestaciones de su capricho, a merced de su omnipotencia (10).

COMENTARIO A UN CASO DE ANOREXIA INFANTIL

Freud, al final de su obra (11), subraya la importancia, que dice haber subestimado, de la relación precoz madre-hija. En el caso que relato trataré de mostrar dos premisas: 1^a) que la relación madre-niño está situada desde el inicio en el campo de lo simbólico, y, consecuencia de lo anterior 2^a) cómo un síntoma presentado por una niña pequeña está condicionado por los fantasmas de la madre. Queda la pregunta en cuanto a la medida en que esto ilustra un caso de estrago materno.

En el seminario V (12) Lacan señala que la relación con el Otro primordial que es la madre viene a sustituir a «la economía de las gratificaciones, de los cuidados, de las fijaciones, de las agresiones» y centrar el destino del sujeto en la «dependencia primordial del sujeto respecto al deseo del Otro». A medida que se desarrolla la historia del sujeto se inscribe esto en su estructura. Son los avatares de la constitución del deseo del sujeto, que está sometido a la ley del deseo del Otro. Beatriz, es el nombre ficticio que daré a mi paciente, no puede escapar, pues, al empuje del deseo de su madre de alimentarla, marcado a su vez por su propia historia, y quizás por el estrago producido en ella misma.

La pediatra me envió esta niñita de 2 años al Centro de Salud Mental por «trastornos de la alimentación con repercusión familiar».



Los padres informan de que la comida es una lucha: insultos, patadas de la niña, siempre tensión. Ya desde los primeros días de vida, fue malísima para comer. La madre le dio pecho solo 10 días, luego le «ayudaba» con biberones. Cada toma era un berrinche. La madre refiere que lo ha llevado muy mal y que ella misma se ha puesto en tratamiento psiquiátrico. La niña nunca ha pedido comida, no se lleva nada a la boca, tienen que forzarla siempre, sujetarla para inmovilizarla y obligarla a comer. Luego vomita. El padre huye habitualmente de esa escena por no soportarla, la madre se queja de esa falta de apoyo con total delegación por parte del marido de la cuestión de la comida de Beatriz. Informan además de que la niña en la guardería come bien, pero en casa nunca.

La madre explica: «Yo he sido muy comilona, el padre también, me está costando mucho, no me da satisfacciones, digo burradas, a veces me arrepiento de haberla tenido».

Se trata de una niña concebida por fecundación in vitro después de largos tratamientos: 2 años con psicosexólogos y 6 en tratamientos de fertilización. Él tiene 44 años y es ingeniero, ella 40, puericultora, dejó de trabajar desde que tuvo a la niña.

Al final de la primera entrevista la madre cuenta un sueño de angustia que tenía desde soltera y que se repitió durante años: «soñaba que tenía una criatura y que se me olvidaba darle de comer»

Tomo este enunciado como una demanda y decido citar a la madre. En la siguiente entrevista reitera refiriéndose a la dificultad de alimentar a su hija: «nada más pensar que le tocaba la siguiente toma me producía ansiedad, mi marido desaparecía». Menciona de nuevo el sueño y explica: «siempre había querido tener una niña porque mi madre se murió joven, con 42 años. Yo tenía 22 y tuve que ser madre de mi hermano, dos años mayor que yo». A los 15 meses de morir la madre se suicidó el padre ahorcándose en la casa, el hermano inició entonces un consumo abusivo y autodestructivo de alcohol durante años y también se intenta suicidar varias veces hasta que fallece 3 meses antes de la entrevista debido a las secuelas físicas de su dependencia etílica. Todos estos años, tras la muerte del padre ella se ocupa del hermano, además de estudiar, terminar su carrera, iniciar la relación con el que llegará a ser su marido y preservarla a pesar de las incursiones de su hermano en la vida de ambos. Previamente se había ocupado de la larga enfermedad de la madre, motivo por el que no pudo estudiar sino una carrera que hubiera cerca del pueblo de Extremadura donde vivían. El hermano sin embargo fue a estudiar lo que quiso en la capital universitaria. Ella ha sido la fuerte, la que nunca se derrumbaba, pero se ha hundido con el problema de alimentación de su hija. Señalo: es ahí donde no ha respondido al imperativo de alimentarla que tiene desde soltera y que se anticipaba en sus pesadillas.

Tras este señalamiento, a la entrevista siguiente la madre acude diciendo que la niña come mejor, que se sienta a la mesa con ellos y que lo prueba todo, que ella respeta sus cantidades, que son pequeñas, sin forzarla a más y que va aceptando que si ha merendado bien no quiera cenar, sin que esto le produzca la ansiedad de antes.

Despliega de nuevo otra parte de su historia: desde los 11 años ella fue más responsable que su hermano, estudiaba para no perder la beca, le hacía los ejercicios de rehabilitación a su madre cuando calló enferma en silla de ruedas, ocultaba los fallos de su hermano para no disgustar a la familia: si había suspendido, si había perdido la beca, los gastos que hacía y las noches sin regresar a casa cuando ya vinieron los dos hermanos a la capital a vivir con la abuela una vez muertos los padres. De noche le preparaba al hermano la comida para el día siguiente y se quedaba despierta hasta que regresaba por la noche para calentarle la cena. Le llevaba la comida al trabajo y se quedaba allí, hasta que no se la tomaba ella no se iba. Reconoce que tenía necesidad de alimentar al hermano «para quedarme tranquila», ya antes de tener a su hija. Sin embargo el hermano muere en la UVI con un síndrome de desnutrición debido a su dependencia del alcohol.

Para ella en cierto sentido fue una liberación ya que estaba empezando a afectar a su matrimonio el tema de su hermano.

Pero también afecta a la vida de pareja el problema de la niña. Es imposible que la niña se quede a solas conmigo en la consulta, reclama constantemente a la madre y ésta ha de estar presente en la sesiones de juego. Sin embargo en la guardería se queda contenta tras un primer periodo de llantos al dejarla y allí come bien. Los padres planean un primer viaje de vacaciones solos desde que nació la niña, la van a dejar con unos familiares y la madre va a hacer el esfuerzo de no volver al mínimo problema que plantee. Cree que podrá afrontar la ansiedad de separación.

Se trata de un caso paradigmático de anorexia infantil como efecto del imperativo de la madre a tapar con comida el signo de su propia falta en su hija. De forma que la única manera que encuentra la pequeña de preservar su propio deseo es negarse a ser alimentada, mostrando así a la madre que no es comida lo que necesita de ella sino que ella misma se muestre en falta, que su deseo no se acabe en la hija. Las razones por las que la madre llega a esta situación con su hija después de haberla deseado durante tanto tiempo y haber sido para ella tan difícil concebirla, no son arbitrarias y vienen fraguándose desde mucho antes de enfrentarse a la escena de alimentarla. Esta constatación de que su propia subjetividad puede estar implicada en el síntoma de su hija, a parte de producir una demanda propia de tratamiento, tiene el efecto de desactivar la tensión enorme que rodeaba el momento de las tomas y hacer ceder el síntoma, al menos en principio.

Agradecimientos

A la Dra. Margarita Alcamí Pertejo, psiquiatra coordinadora del Hospital de Día para niños con trastornos emocionales graves y psicosis infantiles del Hospital del Niño Jesús, por su iniciativa, apoyo y enseñanza en el campo de la investigación de los trastornos psiquiátricos de la primera infancia.



■ BIBLIOGRAFÍA

1. Agman G;Corcos M; Jeammet Ph, « Troubles des conduites alimentaires », *Editions Techniques, Encycl. Méd. Chir (paris-France, Psychiatrie*, 1994, 37-350-A-10, pp1-16.
2. Chattoor T y otros, « Diagnosing infantile anorexia : the observation of mother-infant interactions», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998 sept., 37:9, pp 959-967.
3. Guimón J., *Los lugares del cuerpo*, Ed. Paidos, 1999.
4. Maganto C.; Cruz S., «La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género», *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2000, nº30, pp 45-58.
5. Hekier M; Miller C , *Anorexia-bulimia, deseo de nada*, Buenos Aires, Paidos, 1994.
6. Meyer C y otros, «Una dificultad en el tratamiento de la anorexia», *Cuadernos de Psicoanálisis*, 2003, nº27, pp156-162.
7. Chattoor I. y otros, «Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000 junio, 39:6, pp743-751.
8. Lacan «La dirección de la cura y los principios de su poder» *Escritos I*, México, Ed. siglo XXI, 1972.
9. López R, «El deseo en la anorexia», *Pliegos, Revista de psicoanálisis* 2001, marzo, nº10, pp7-15.
10. De Francisco M, «El sujeto anoréxico y el Otro. La soledad del anoréxico», *Pliegos*, 2001, marzo, nº10, 16-19.
11. Freud S, «Sobre la sexualidad femenina» 1931, en *Obras completas*, 1976, Buenos Aires, 1976, pp270 y siguientes
12. Lacan J., *El seminario, libro V*, BBAA,-Barcelona-Mexico, Paidos, 1999.

Autora:

Eva Rivas Cambronero

Psiquiatra

Programa infanto-juvenil del Centro de Salud Mental de Moratalaz.

Correspondencia:

Eva Rivas Cambronero

C) Alcalde Sáinz de Baranda 32, 3ºC.

28009 Madrid

E-mail: evamrivas@hotmail.com