

El poder de lo socio-cultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias

*María Cristina Martínez de Bagattini*¹

Lo socio-cultural y lo Femenino ¿Cuál es la importancia de los factores culturales y sociales en el desencadenamiento de este Síndrome?

¿La sociedad tiene el poder de enfermar de Anorexia y/o Bulimia a jóvenes normales?

Sin pretender ahondar en las características de la sociedad actual, intentaré marcar algunos aspectos que influyen -como factores predisponentes- y han convertido los Trastornos alimentarios, junto con las Adicciones y la Depresión, en verdaderas epidemias mundiales.

Lo social se expresa en formas de patología que se asocian con paradigmas que cada época impone. Así, la Histeria de principios de siglo, asociada a la represión de la sexualidad. La Anorexia, hoy, asociada a “ideales de perfección” y a la denominada “era del vacío”.

Ph. Jeammet y M. Corcos en su libro sobre Conductas de Dependencia dicen: “Nosotros concebimos que el desarrollo psíquico del niño, y del adolescente después, puede adoptar el “ritmo” y la “forma” de la evolución socio-cultural, y que es

1. Miembro Titular de A. P. U. Atilio Narancio 3117 - CP. 11600. Tel.: 487 8472. Montevideo.

influenciado por la naturaleza y la intensidad de la presión social”... Ellos piensan que, incluso, a esto se debe el predominio de las patologías límites en relación a la Neurosis. Expresan: “...La realidad social puede poner en jaque y volver inoperantes mecanismos de defensa, hasta ahí protectores de una problemática de dependencia (represión, desplazamiento etc.), y favorecer otros (clivajes, desmentida)”.

Agregan estos autores: “Sin límites, sin sustancia suficientemente densa y auténtica y sin ligazón con el otro, la exigencia de afirmación narcisista se volverá problemática”.

Para estos autores, se expresan entonces y fundamentalmente las Patologías de “la idealidad” (Chasseguet-Smirgel, 1984), las Patologías del “Self” (Estados Límites, Patologías Narcisistas), las Conductas Adictivas a Drogas.

En el Río de la Plata, los problemas alimentarios hacen eclosión con toda su fuerza en la década de los 90 en clases socioeconómicas medias y altas. Es decir, 20 años después que en los países occidentales del primer mundo.

Si bien actualmente están apareciendo en sectores más pobres de nuestra sociedad y, en los últimos años, están visitando los hospitales públicos, no se producen en sectores carenciados al extremo de que falte el alimento. Es una patología que se desarrolla en *presencia de alimentos*. Luego, ellas mismas, crearán a su alrededor su propio “campo de concentración”.

Tenemos que aceptar, que la Anorexia se ha hecho expresión histórica, y se ha convertido en paradoja que aparece denunciando hipocresías familiares y sociales. Disponiendo de alimento están desnutridas y “muertas de hambre”, mientras tanto, mueren realmente de hambre, por carecer de alimentos, enormidad de sectores de la humanidad.

Es obvio, sin embargo, que el poder de los factores sociales no se ejerce en forma universal en todas las adolescentes; es decir, que no todas las jóvenes que comienzan un régimen alimentario y que desean ser delgadas, desarrollan un cuadro anoréxico con riesgo de perder la vida.

Es necesario pensar que hay “algo más” que hará de una ado-

lescente o púber aparentemente normal hasta ese momento, una enferma grave.

Creo que existen en estas pacientes desde antes de enfermar, factores que llamaremos “*mudos*” a los que se suman las características de la sociedad actual y otros hechos (separaciones, duelos, pasaje al liceo, inicio de la pubertad...) que hacen “hablar”, provocando el desarrollo del cuadro.

Los *aspectos “mudos”* a los que me refiero, forman parte de la Estructura del psiquismo de esa niña que devendrá anoréxica; me refiero a *las características del narcisismo femenino muy estrechamente unido al cuerpo*. Las patologías alimentarias severas se desarrollan actuando sobre aspectos *mal constituidos de lo femenino*, que presenta *profundas heridas en los soportes narcisistas*. Lo que se denominará luego, popularmente “baja autoestima” de estas pacientes.

Sobre estas heridas, es donde puede actuar una sociedad muy exigente y perversa, que presiona primero sobre el escenario familiar, luego, los padres, transmitirán a sus hijos esas exigencias y, en algunos casos, se van a *duplicar en eco* las ambiciones del *narcisismo mortífero de algunos padres*. No ser querido y aceptado a lo largo de la primera infancia, en relación a un ideal inalcanzable de los padres, constituye en esta patología (como en otras) un factor predisponente.

Me dice Analía: «No ves que, si no sos como se exige en el mundo actual, no sos nada... yo a veces, tengo mucho odio, tanto! que me lo como y me destruyo a mí misma». (*La madre había sometido a Analía a múltiples intervenciones estéticas desde muy pequeña, pero, a su vez, encontraba cirujanos que se las hicieran*).

Con conductas demasiado adaptadas, Analía y otras pacientes fueron en su infancia niñas brillantes, “alumnas ejemplares”. No sólo producían orgullo en los padres (lo que sería normal), sino que, oficiaban de “prótesis” para llenar vacíos narcisistas, sobre todo en las madres. Estamos hablando, ya, de otra generación con fallas.

Su madre nos dice que, por el bien de Analía : “*siempre le*

dijimos que tenía que ser la mejor». Lo que no expresa esta madre -ni a sí misma- es otra frase que actúa desde el inconsciente materno: “*si no eres como yo quiero que seas, entonces no seas*”.

Los sentimientos de envidia y de odio, constitutivos del narcisismo mortífero, se encuentran incrementados en estas estructuras narcisistas familiares, que se presentan la mayoría de las veces como *familias ideales*, hasta el momento en que se desencadena la enfermedad de sus hijas.

El “Poder” de lo arcaico.

En un trabajo anterior me planteaba (6): “no es la primera vez que enfrentados a un cuadro clínico, nos preguntamos si el conflicto se sumerge en los vericuetos del *Edipo, el incesto y la castración* del sujeto y sus progenitores o, si el conflicto se sumerge en un mundo más primitivo, en la propia *estructuración del psiquismo en sus inicios*. Me pregunto si es lícito plantearnos a la altura de múltiples trabajos escritos, la pertinencia de “*elegir*” uno de los polos de este dualismo indefectiblemente entrelazado. *¿Cómo separar nuestras arcaicas raíces del devenir posterior y del a-posteriori?*”

Es a través del tránsito de los *primeros vínculos*, y su posterior ingreso en *lo edípico*, siempre en relación con la función de lo femenino en su propia madre, y con la función de lo masculino en su padre, donde la mujer encuentra su *destino de mujer y de lo femenino*.

Dice Freud en “El Yo y el Ello”: “en la mujer aparece *la angustia* en relación a la *pérdida de amor*, que puede dilucidarse como *la angustia del lactante cuando echa de menos a su madre*”.

Daniel Gil (15) plantea que la *angustia de castración femenina*, puede sentirse *vinculada a no ser amada; a no ser reconocida; a no existir*. Dice: “la pérdida de amor, como sustituto en la niña, a la pérdida del pene, la aproxima más a una experiencia dentro del campo de lo pre-edípico, con la consiguiente amenaza

a su propia existencia”.

Pienso que, una situación así de amenaza, puede entrelazar Edipo y Narcisismo en forma mucho más intensa en la mujer.

Es irremediable que *desde antes de nacer* se produzcan *diferentes proyecciones* de los padres sobre ese bebé que va venir. Esas proyecciones son diferentes *según el sexo del bebé* y repercutirán sobre el funcionamiento del vínculo posterior.

Annick Le Nestournos (18) dice que el *sexo del bebé* influye inevitablemente y masivamente en las interacciones, no sólo comportamentales, sino imaginarias y fantasmáticas de sus padres. Esta autora, nos acerca un dato interesante en relación a la *anorexia del lactante*: las *anorexias neonatales* han encontrado que son patrimonio de las *bebas niñas*; las *anorexias del destete* se corresponden por igual a ambos sexos y, las *anorexias del segundo semestre* vuelven a pertenecer “*esencialmente a las niñas*, acompañada de conductas de oposición, a veces insidiosas, a veces provocantes...”

Creo importante señalar que, *la negativa a alimentarse* aparece, entonces, como paradigmática del *trastorno del vínculo entre la madre y la hija desde los primeros momentos de existencia*.

Podemos inferir que, en la Anorexia, existió una madre que amamantó, quizás, correctamente la necesidad biológica pero, dejó un *vacío en el deseo de la bebé*. En ese aspecto la madre se sintió impotente e incapaz de colmar a su hija.

En el momento que sus hijas enferman, las conductas de las madres dan cuenta de la perturbación *intensa y arcaica del vínculo* que tienen con ellas. Los *aspectos tanáticos* se expresan en: *transgresiones a las indicaciones técnicas*, (Elina, estaba anémica e hipotérmica; se comienza el tratamiento ambulatorio con mucho temor y, sólo porque no había posibilidades reales -en su centro asistencial- de una correcta internación. A los tres días, nos enteramos por Elina que no tomó la medicación indicada. La madre nos explica que no se la dio, porque su hija *iba a ir a bailar y podía tomar alcohol*, por lo que ella consideró correcto no dársela. En la internación de Irene, la madre hizo cuanto pudo para transgredir la indicación de aislamiento, llegando a enloquecer al

personal del Hospital, convertidos en espías que trataban de evitar los *pactos de encuentros con su hija*); *complicidad con las conductas anoréxicas*. (Cuando la madre va a buscar a Verónica, luego de 22 días de internación, le ofrece bebidas “diet”, con el recuerdo de una promesa, de no tomar nunca más bebidas edulcoradas. Trabajado esto con los padres y solicitando la ayuda del padre para impedir estos “actos fallidos”, la madre traerá bebidas “diet” *a escondidas a la casa*, y, al ser descubierta por el padre, explicará que a ella y a su hija les gusta más el sabor de estas bebidas. La madre de Liliana *le sacaba fotos en ropa interior* estando Liliana totalmente emaciada, fotos que el padre encuentra y trae a la consulta).

Las trasgresiones y la complicidad le dan también al vínculo de la madre con su hija anoréxica, un especial “**rasgo perverso**”.

Es de destacar la *ausencia total de angustia de estas madres*, a pesar de estar bien informadas sobre la gravedad del cuadro. En la gran mayoría de los casos, las madres de estas pacientes no se angustian; ni lloran por sus hijas en las entrevistas.

Los padres, comúnmente ausentes en esta dinámica, permiten un vínculo fusional, dual, al no interceptar los deseos inconscientes maternos que se vuelcan sobre la hija. Muchas veces, el padre tiene conductas que se emparentan también con “**lo perverso**” y/o con patologías adictivas (alcoholismo, juego etc.).

Las angustias de desmoronamiento narcisista que presentan *las pacientes*, expresan también *lo arcaico* de las fallas en la estructura de su psiquismo. Nos encontramos con *angustias primitivas* en el sentido Winnicottiano. Una forma de defensa para Winnicott (23), *es dar vida a la existencia de lo que falta, de lo negativo*. El vacío primario es para este autor aquello que existe: “antes de empezar a llenarse”. El paciente, dice Winnicott : “**teme la horrenda sensación de vacío y, para defenderse, organiza un vacío controlado, esto es, se niega a comer..., o bien se llena implacablemente mediante una avidez que es compulsiva...** Cuando el paciente puede **llegar al vacío mismo y tolerar ese estado...** comer empieza a ser una función que no está dissociada (o escindida) como parte de la personalidad”. (Los subrayados son míos).

Jimena de 12 años, estando internada en **grave estado de desnutrición**, necesitaba **canturrear en forma permanente**, como forma de **sostener un Yo** que se desvanecía al igual que su cuerpo. Sólo dormida podía dejar de canturrear. En determinado momento, pide unos masajes a las enfermeras que **la cuidaban y jugaban con ella**. Los masajes, que podían sentirse sólo como “libinizadores”, marcaron **un precario límite corporal** a través de la mano del otro. Mientras los masajes eran dados, **ella podía abandonar su canturreo**.

Cuando estas pacientes salen del estado de desmoronamiento lo logran, a veces, **a través del odio que las arma** y que es dirigido a sus madres. Este odio es de una intensidad tal, que creo está tratando de tapar el odio que tienen a su propia dependencia con sus madres. **Es un odio discriminatorio**.

Jimena le dirá a su madre tiempo después del alta: - **“si tu decís que me querés, te tenés que matar, porque yo quiero que tú te mueras...”** **“no soporto tu cara, no soporto verte, parecerme a vos...”**. En ese momento, Jimena vivía la situación como **“Yo ó el otro”**, sin ninguna alternativa a esta lógica.

Esta pacientita golpeará a su madre, quien, me mostrará los moretones como víctima inocente de su hija. **Un vínculo sadomasoquista** violentísimo se desarrolla ante mí. Sometido-sometedor alternan y temo por la vida de mi paciente, que amenaza con matarse y no es cuidada lo suficiente. Un día, la madre entrará a una entrevista sola para preguntarme: **-Dígame la verdad Cristina; Jimena ¿me puede matar?** Aparece la misma lógica en la mente de la madre. **El fantasma parricida** -que me deja impactada- denuncia **el filicidio anterior**. Pienso que, quizá, la fantasía de que si nacía una niña la podía matar, estaba en la mente de esta madre desde antes de nacer Jimena

Esta fantasía materna, producto de su propia conflictiva edípica, **impide** que el **discurso materno** -parafraseando a Winnicott- sea lo **“suficientemente bueno”** como para vehicular el afecto, y tenga, como dice Green (14), “la función de proveer un relato del pasado como garantía de existencia desde antes de nacer, cuyas huellas no se borrarán jamás”.

Sin discurso materno “suficientemente bueno” se despliega una sintomatología que escapa a la posibilidad de crear espacios separados entre lo psíquico y lo somático. Lo subjetivo pasa a ser lo objetivo: el cuerpo. *Sin este discurso*, hay escasos o nulos recuerdos de infancia.

Casi sin excepción, estas niñas han tenido escasas fotos, casi nunca un álbum armado por sus madres y casi no encontramos fotos de ellas cuando bebés en brazos de sus madres. Según P. Jeammet, en una comunicación personal, esto puede deberse al “escaso contacto libidinizador de estas madres con el cuerpo de sus hijas mujeres”.

Tampoco le han *“armado” una historia* que les dé el sentimiento de una continuidad a su existencia.

Sabemos que existe un tiempo vivido al lado de Otro que ha querido nuestra existencia. Este tiempo es mito y sostén (Realidad psíquica y Realidad material) de un tiempo presente y futuro. Este tiempo, enlazado con el tiempo de los otros, esta historicidad permitirá que el *a- posteriori* tenga su lugar.

Cuando todo esto falló una de nuestras funciones es “convertir” los “eventos”(Meltzer) vividos en “acontecimientos” que den un *sentido simbólico a lo acontecido y a lo que está aconteciendo* logrando una subjetividad propia. Fotos, restos de recuerdos propios y ajenos, arman en varios casos, un precario “puzzle”, que les permite empezar a salir de un angustioso estado de anhistoricidad . *Escapar del puro registro de lo somático*.

Una paciente me dice: *“Me siento como si no pudiera sentir nada, mi madre lloraba angustiada y yo la miraba y la sentía lejos, como que no tenía nada que ver conmigo, no me daba pena, ni rabia, no me daba nada... me pasa con muchas cosas... a veces pienso que sólo yo me importo y a veces, pienso que ni ahí, por eso debe ser que ni de mí misma me acuerdo”*.

Otra paciente dirá: *“Siento que no he tenido una vida desde que me doy cuenta que no tengo recuerdos; antes no me daba cuenta o creía que todo el mundo era igual. Me esfuerzo y es imposible, ellos me cuentan o veo las fotos, pero nunca estoy segura si algún recuerdo es mío o es de otro y yo estaba ahí”*.

Quando aparecen recuerdos éstos pueden tener el carácter de “**lo siniestro**”. Volvamos a **Jimena** ahora con los 14 años y a dos de comenzado su análisis. En una sesión traerá un recuerdo de su no muy lejana infancia: “*cuando yo tenía 6 ó 7 años, me acuerdo que **no me quería parecer a mi mamá** y todos me decían que era igual a ella. Yo pensaba que **ella usaba una careta para parecerse a mí** y que **su cara yo no la conocía**”*

Jimena y sus padres, me habían expresado, hasta ese momento, de **los miedos intensos** que la niña tenía **a una muñeca** de porcelana antigua, que su padre le había traído de un viaje. Esta muñeca, debía permanecer siempre escondida de su mirada, la podía asesinar con solo mirarla. Jimena la había traído, para que “la miráramos juntas”, a una sesión (escondida dentro de una bolsa).

Lo arcaico, con toda su fuerza esquizo-paranoide, (identificación proyectiva mediante), intensificado por la problemática narcisista especular y fusional, dan cuerpo a estas **fantasías bizarras** que sostienen lo siniestro de este recuerdo. **Aquello que debía ser familiar, se convierte en mi doble especular, asesino y persecutorio.**

El “Poder” que tienen las pacientes

¿Cuál es el “supuesto poder” que ellas tienen y las lleva, a veces, a la misma muerte ante la impotente mirada de los otros?.

Estas pacientes se manejan con **mecanismos** defensivos que les otorgan un **sentimiento enorme de poder** (6) al que no quieren renunciar.

Tomaremos en forma provisoria lo que Piera Aulagnier denominó estructura de la perversión, pues nos sirve para ejemplificar lo que queremos expresar.

Las pacientes poseen un **mecanismo defensivo: la desmentida**. Desmentida de la delgadez, que es una desmentida de la posibilidad de la muerte. No sienten el hambre ni el cansancio, en suma, **la necesidad y el deseo por el objeto**. Su reconocimiento las

sumiría en una angustia absoluta ante la indefensión y el desamparo. Es así que se autoabastecen devorándose a sí mismas y creen, así, que el desamparo no las toca.

Me dice Verónica de 17 años: “Llegué hasta acá (31 k.). No me puedo imaginar cómo puedo ser yo sin sentirme flaquita. Me acostumbré. Me agarro la pierna y digo: está flaquita, pobrecita”. (Se toma la pierna con ambas manos y le habla dulcemente, cuando le dice “está flaquita” a la pierna, el gesto es como de sostener un bebé y mimarlo). Continúa: “*Yo me protejo, me abrazo yo a mí misma, me quedaría así, sin placer, sin dolor, seguiría así...*”

Presentan una **actitud frente a la Ley** : si el perverso subvierte la Ley del Edipo y la Castración, ellas que subvierten?: **una ley primordial es desafiada: el hambre y la vida.**

En estado de caquexia me dirá: «*Nunca me sentí débil; ni un resfrío; no entiendo cómo decís que hay riesgo de vida. Yo asocio muerte con cama y sanatorio; la gimnasia que yo hacía, es lo contrario de la muerte. Nunca me mareé en gimnasia y cuanto más flaquita, más gimnasia hacía; bastante resistente era*». (Lo dice desafiante) «*Por dentro mi organismo estaba fuerte. Cuanto menos comía, más sana me sentía; si como chocolate, más insana; si como verdura, más sana. Mi madre me empezó a obligar a comer dulces; entonces, yo dejé de comer lo de ella y lo mío. Estoy cansada, todo me repugna, toda la comida... De repente me mira con odio y, bruscamente, aparece otra paciente que con gran hostilidad me dice: «No les importa lo que yo siento, lo importante que esto es para mí; no les importa lo que yo siento al comer esas cosas; lo único que les importa es que yo engorde, por eso no engordo nada, para darles bronca*».

Jugando a una especie de Ruleta Rusa con su quinceavo vómito en un día, Cecilia me dirá: «*compré comida para poder seguir vomitando, yo no vomitaba para comer, comía para vomitar... pero salí viva ¿viste?*

El placer de **la trasgresión** no es ajeno a estas palabras. **Momentos puntuales de desafío** en donde el **vacío de sentido, la omnipotencia y la desmentida** se entrelazan en una trama **perversa y**

autodestructiva. Dominando la necesidad, el poder se vive como absoluto y omnipotente.

Para P. Jeammet (18) éste es **el riesgo: aceptar los desafíos** pues ellas lo pueden continuar, si se los aceptamos, hasta la misma muerte.

En estas pacientes **la repetición** se impone como escenario de lo acontecido. La repetición tiene que ver con el yo ideal y los efectos del Narcisismo primario tanático. Para B. Brusset se ve aquí la: **“dependencia con el objeto materno en toda su destructiva intensidad”**.

Dice la misma paciente: *Viviría comiendo flores (llora amargamente). Querría salir corriendo; desaparecer; ser libre; correr, correr y que nadie me pare; llegar al horizonte y tirarme al pasto, sola*. «Deseé ser siempre un pájaro, desde niña. Pájaro en libertad, lo deseé siempre (llora).

Un deseo de inexistencia psíquica alcanza el cuerpo en su realidad somática que, bajo el supuesto deseo de delgadez, se convierte en símbolo de esa inexistencia. Para Verónica, **separarse del Objeto es desaparecer... la inexistencia es la libertad**.

Unos años después, Verónica puede expresar: “mamá me despierta, es feo usar despertador; me trae el café a la cama... pero hoy, será que no estuvo un tiempo pero ...mirá lo que me pasó! yo me levanté para ir a hacer pichí, cuando volví a la cama, me iba a tapar y mi madre se me adelantó... yo sentí algo raro...eran mis manos y las de ella haciendo el mismo movimiento...**de quien eran las manos?**...me enojé..., la eché del cuarto..., me dio miedo. Pobre! ella no entendió nada, pero... es que no me deja ni un minuto en silencio, que ya me pregunta lo que estoy pensando...”

A la Repetición le sucede ahora el **reconocimiento de un vínculo mortífero**, expresado antes sólo como **Fetiché en su cuerpo** que caminaba sin ser visto, en el filo de la muerte física, esperando que alguien lo libidinizara para poder vivir.

Creo fundamental, en el tratamiento de estas pacientes, mantener un lugar **de terceridad** desde el inicio, diferenciando nuestro deseo del de ellas. Un lugar **de límite** -que es un lugar **de protección** de la identidad-, donde disminuye el miedo a la fusión y a la

dependencia, permitiendo, “si todo va bien” -como nos decía D. W. Winnicott- que *encuentren el camino de su propia identidad*.

Resumen

El poder de lo socio-cultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias

María Cristina Martínez de Bagattini

En este trabajo se trata de tender un hilo conductor entre lo social, lo familiar y la propia estructura de estas pacientes que habrán de devenir anoréxicas. Dentro de lo social, se resaltan las características de factores que caracterizan nuestra época, y tienen incidencia en determinadas estructuras familiares. Se resaltan los aspectos del Narcisismo tanático materno, de los fantasmas que producen trastornos vinculares precoces, que, entramados en el posterior tránsito Edípico, generan fallas en la estructuración del psiquismo de la hija. Fallas en soportes narcisistas adecuados y en la constitución de “lo Femenino”. Se utiliza, provisoriamente, la estructura de “la Perversión”, para dar cuenta del funcionamiento de estas pacientes en la etapa aguda de la enfermedad.

Summary

The power of the social and cultural aspect as well as that of the archaic in eating disorders.

María Cristina Martínez de Bagattini

This paper tries to set a connecting theme between the social and family aspects and the self structure of these patients who will turn into severe food disorders.

From the social side, the author points out characteristics which are typical of our time and have an incidence on some family structures.

Some aspects of the mortal maternal narcissism and those of the phantoms taking part in the mother-daughter

relation are brought up.

These archaic disorders are later entwined in the oedipic process and cause failures in the structuring of the psyche, failures in satisfactory narcissistic supports and in the constitution of “femininity”.

The author provisionally uses the structure of “perversion” to show how these patients behave in the acute stages of their illness.

Clinical vignettes are shown to illustrate these ideas.

**Descriptores: GENERO / PERVERSIÓN / DESMEN-
TIDA / ODIO / MATERIAL CLÍNICO /**

Descriptor propuesto: LO ARCAICO

Bibliografía

1. ARLOW, J.: GREEN, A. (1994). El tiempo en psicoanálisis. En: *Zona Erógena* (18),
2. BAGATTINI; C.: (1989). Entre el placer de un vínculo perdido y el fetiche. Trabajo presentado en Reunión Científica de la A.P.U. Montevideo, Octubre
3. BAGATTINI, C.: (1993). En los límites entre la perversión y la neurosis. En: *La Neurosis Hoy*, VIII Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay, APU.
4. BAGATTINI, C.: (1994): María de los Angeles :Un caso de Anorexia Nerviosa. Trabajo presentado en Jornada Científica de APU al Prof. Otto Kernberg Montevideo, Noviembre 1994.
5. BAGATTINI, C.: (1995): Cuerpo, tiempo y recuerdos en la Anorexia Nerviosa. IX Jornadas Científicas Abiertas de A.P.U. En: «*Lo arcaico, Temporalidad, e Historización*». Montevideo Set. 1995 Comisión de Publicaciones de A.P.U: 351-357.

6. BAGATTINI, C.: (1997): Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso. En : *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis*, APU 84-85.
7. BAGATTINI, C.: (1998). Trastornos severos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia. En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. V.62, N° 2. Octubre 1998.
8. BAGATTINI, C. (2000): Duelo por algo que nunca existió. Angustias narcisistas en la niña y su posterior evolución. Congreso: Los Duelos y sus Destinos.
9. BAGATTINI, C. (2003): El Proceso de Enfermar. Congreso de APU.
10. BRUSSET, B. (1992): Psicología y Metapsicología de la adicción bulímica. En: *La Boulimie- Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, PUF.
11. BRUSSET, B. (1969) : L' anorexie mentale des adolescents. : Contributions a l' étude de ses significations psychopathologiques, Thèse, París, 116 p.
12. CORCOS M., JEAMMET, Ph. : (2003). *Las Conductas de Dependencia* Ed. Masson, París,
13. FREUD, S.: (1914). Recordar, repetir, reelaborar. *O. C.* Ed. Amorrortu, T. XII.
14. GREEN, A. (1992). Tiempo y Memoria. *Psicoanálisis* 14:3
15. GIL, D. (1989). *La Castración*. En : Gil D., Porrás L. (edit). *La Castración: Freud, Klein*,
16. JEAMMET, P. : (1989) Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l' adolescence. Valeur heuristique du concept de dependance. En: *Confrontations Psychiatriques*, No. 31.
17. JEAMMET P., BRETON, G. :(1991) Le devenir de l' anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients evalues au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l' enfant*, XXXIV, 2, 1991, p. 381 a 442.
18. JEAMMET, P.: (1992). Psicopatología de la Anorexia Nerviosa Infantil y de la Adolescencia. Conferencia realizada en el Servicio de Psi-

- quiatria Facultad de Medicina, Montevideo.
19. LAWRENCE, M.: (2003) Amándonos hasta la muerte. La anorexia y sus objetos. En: *Libro Anual de Psicoanálisis XVII*.
 20. LE NESTOUR, A.: (2003). Quelques réflexions sur les relations précoces entre mère et bébé fille. En: *Mères et filles. Les menaces de l'identique*. Press. Univ. de France.
 21. SAMI-ALI, M.: (1979). Cuerpo y tiempo. En: *Cuerpo real, cuerpo imaginario*, Buenos Aires, Paidós.
 22. VARELA, G. (2000).- Duelo y adolescencia.. 1ª Congreso de A.P.U.
 23. WINNICOTT, D.: (1974). El temor al derrumbe. En : *I.R.P.A. V.1*, Parts.1-2, ,págs. 103-107.