

## Anorexia, bulimia y obesidad desde la perspectiva psicoanalítica

Eva Rivas Cambroneró

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Moratalaz-Vicálvaro. Madrid. España.

**La anorexia-bulimia y la obesidad son enfermedades contemporáneas, respuestas subjetivas al imperativo de las sociedades del capitalismo avanzado “consume y sé feliz”.**

### Puntos clave

- La anorexia-bulimia no es un trastorno de la alimentación, sino una enfermedad del amor y del deseo.
- Interpretar la demanda en términos de necesidad obstaculiza la constitución deseante de los sujetos.
- En la bulimia y la obesidad, la devoración del objeto real trata de compensar una frustración amorosa.
- La distorsión de la imagen corporal no es una incapacidad cognitiva, sino la dificultad para subjetivar lo real de la sexualidad, cuando la identificación simbólica es débil.

### ¿Por qué la perspectiva psicoanalítica?

Tanto la anorexia como la bulimia, son categorías más bien recientes en las clasificaciones psiquiátricas. Efectivamente, la epidemia surge en las últimas décadas y los servicios de salud mental han de hacerse eco de ésta, incluyendo esta enfermedad entre sus objetos de estudio, describiéndola y haciendo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) el motivo de protocolos y tratamientos. Pero también hay que decir que los TCA son, como buenas patologías contemporáneas y desde el punto de vista nosológico, meros síndromes descriptivos. Sobra decirlo para la obesidad como enfermedad psíquica, descrita únicamente por la excesiva masa corporal del individuo –aunque como enfermedad médica sea la causa de otros muchos problemas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, etc.)–. Pero la anorexia y la bulimia se consideran también únicamente por su envoltura descriptiva: bajo índice de masa corporal; amenorrea, y pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo paciente, en el caso de la primera, y con episodios de polifagia que el paciente trata de contrarrestar con métodos purgativos o con ayuno, en el caso de la bulimia<sup>1</sup>.

Así, se trata de una enfermedad contemporánea, en el sentido de que el gran aumento de su incidencia y prevalencia data de los últimos 25 años. Pero también en el sentido de que, como entidad nosológica, surge en la era de la psiquiatría descriptiva, sin un debate previo sobre su etiología y psicopatología. En la psiquiatría no hay una investigación de la estructura subjetiva en la que incide, cosa que sí hay para la depresión, la esquizofrenia, la neurosis. Todas estas enfermedades, que tienen un mayor recorrido en la historia de la psiquiatría y, aunque se hayan querido simplificar sus criterios diagnósticos en las clasificaciones, sí hay diversos cuerpos teóricos que las han sustentado nosológicamente en el pasado, y que subsisten muy a pesar de la ola de ateorismo actual (las clasificaciones internacionales se jactan de ser “ateóricas”).

Por último, y sobre todo, la anorexia-bulimia y la obesidad, son patologías contemporáneas por ser un efecto de la época: del capitalismo tardío y su empuje al consumo como único imperativo tras el hundimiento de los valores de la sociedad previa, en la que imperaba el llamado por Lacan “discurso del amo”<sup>2</sup>. Es decir, la época pretérita, en la que el sometimiento del sujeto era a una ley sostenida por la figura del padre, en la que la prohibición, y por lo tanto la represión, como mecanismo de defensa, promovían enfermedades psíquicas diferentes (neurosis obsesiva, histeria, etc.). Pero actualmente, en las sociedades occidentales ricas, el amo, representado por el discurso mediático (no ya por el rey, ni el líder, ni el padre), lo que promueve es el consumo ad libitum de objetos precede-

ros que se puedan renovar casi en el mismo momento de empezar a hacer uso de ellos: así, si antes uno adquiría un objeto de buena calidad (un abrigo, un coche, etc.) era “para toda la vida”; ahora, se sustituye el televisor, el ordenador o el teléfono móvil por otro más nuevo en poco más de un año. Y así como la época empuja al consumo, también promete la felicidad por medio de este consumo desaforado.

La delgadez, que es uno de los rostros del éxito y la felicidad, también se compra en forma de productos adelgazantes, *light* o tratamientos estéticos, que ponen en marcha la máquina del consumo y, por tanto, interesan a la sociedad capitalista.

De esta forma, hoy día, la falla constitutiva del ser humano –ese punto de frustración, de insatisfacción que se asumía en épocas pasadas sublimándose, bien a través de producciones culturales (poesía, pintura, música), bien reprimiéndose y aflorando luego como síntomas neuróticos– se trata de negar, no por los individuos como mecanismo de defensa, sino por la sociedad en general. La promesa es que la felicidad es posible, sólo hay que tener dinero para comprarla. Se ha mutado el afán de ser por el de tener.

En este contexto, surgen los síntomas contemporáneos, efectos de la época, que se ceban más en los individuos niños y adolescentes, más vulnerables al efecto del discurso consumista que promete bienestar.

Para ir entrando en un análisis de la anorexia-bulimia que pueda ofrecer una explicación que permita un tratamiento más allá de la imperante modificación de conducta, debemos criticar el modelo del paciente como “caja negra”, modelo conductista para el que el individuo que experimenta los síntomas es, únicamente, un resorte que responde a los estímulos con determinadas respuestas, sin importar cómo ese individuo está implicado en ellas, ya que, para el observador, es como una caja negra dentro de la cual no sabemos lo que hay, por tanto, no trabajamos con ello. Este modelo impide hacerse preguntas sobre las implicaciones subjetivas de los síntomas, se tratan como fenómenos que hay que modificar, en los que se anula la subjetividad individual, se protocolizan tratamientos estándar aplicables a todos los individuos con una misma respuesta sintomática. Pero esto sería como tratar de aplacar el llanto (manifestación del individuo) con chistes: no todo el que llora es susceptible de tornar el llanto por la risa, por mucho que el entorno le ofrezca motivos para reír; incluso hay individuos que lloran de risa, con lo cual sólo se conseguiría provocar en ellos más llanto, conducta que queríamos anular. Las reeducaciones del apetito en la anorexia-bulimia actuarían del mismo modo.

## Necesidad, demanda, deseo

La primera consideración que hay que hacer para tratar de comprender las manifestaciones anoréxico-bulímicas es la distinción entre necesidad, demanda y deseo.

Para el mundo animal, en la naturaleza, la necesidad se satisface con el objeto (el hambre se calma con el alimento, el frío con el cobijo, etc.) y existe el instinto, que es un saber genéticamente transmitido que indica al animal cómo conseguir el objeto que satisface la necesidad. Sin embargo, el hombre no funciona guiado por el instinto o lo natural. El ser humano, por su acceso al lenguaje, ha perdido su ser natural y no funciona guiado por el instinto. Éste ha quedado “pervertido” pa-

ra siempre por estar inmerso en la estructura del lenguaje. El hombre, cuando nace, llega a un mundo de significantes en el que se incluye incluso antes de nacer, incluso antes de ser concebido, cuando sus padres lo proyectan: su nombre, el ideal que hay que cumplir, el hueco que tiene ya en la cadena de filiación de la familia, etc.

Cuando un recién nacido llora, su grito es cifrado por la madre en términos de lenguaje: y así la necesidad pasa a ser demanda. La madre interpreta esa demanda en función de su propia subjetividad: ella dirá “tiene hambre, frío, o estará incómodo”. Por tanto, se hace pasar la necesidad por el desfiladero del lenguaje y se cifra como una demanda. Hay madres que asumen la función de nutrir a sus hijos como la primera, casi única y definitiva, de la maternidad. Esta confusión de la demanda en términos de necesidad lleva a la madre a no tolerar escuchar que su hijo demanda tratando de acallar cualquier pequeña demanda y asfisiándola con comida. ¿Por qué sucede esto? La necesidad es algo para lo cual disponemos del objeto que la satisface: la madre, si interpreta la demanda en términos de necesidad, puede dar un objeto –la comida– y quedarse tranquila. Pero la demanda es siempre demanda de otra cosa. El niño está ya inmerso en la lógica de los significantes y, por tanto, funciona para él el deseo como motor de su vida. La necesidad, motor de la vida animal, se ha “pervertido” en deseo para el hombre, con la pérdida estructural de la posibilidad de satisfacerlo: el deseo nunca se satisface por completo. Cuando conseguimos algo que deseábamos, enseguida deseamos otra cosa, y otra y otra. De modo que nunca se acalla el deseo, y esto es porque no existe el objeto que satisface el deseo, sólo hay objetos sustitutivos, pequeños engaños cuyo brillo nos hace pensar que son lo que deseamos, hasta que los conseguimos, momento en el cual dejan de poseer ese brillo que adquiere la siguiente cosa. En la vida nos movemos por el deseo, queremos ser médicos, luego especialistas, luego tener un puesto de trabajo, después tener prestigio, luego..., y así nos podemos ir moviendo. Porque hay deseo, hay vida. La ausencia de deseo es esa enfermedad gravísima que paraliza al individuo y que se llama depresión melancólica.

Pero sigamos con el ejemplo de la primera infancia. Como decíamos, no hay el objeto que satisface el deseo y, por tanto, el que el niño demande nos lleva a un callejón sin salida, que se ilustra muy bien cuando los niños preguntan y preguntan y ninguna respuesta les satisface completamente y todas les hacen lanzar una nueva pregunta. Recuerdo a un niño de 3 años que preguntaba a su padre: “¿Por qué tengo que ponerme el abrigo?” El padre contestaba: “Porque hace frío”. El niño relanzaba: “¿Y por qué hace frío?”, “porque es invierno”, “¿y por qué es invierno?”, y así podría seguir infinitamente. Las respuestas no son lo que buscaba, sino otra cosa, quizá que su padre estuviera pendiente de sus preguntas sin más. Estar pendiente de sus preguntas, qué significa. Quizás es menos importante contestarlas que estar allí para escucharlas. Quizás acallar el llanto siempre con comida no deja lugar a mostrarse en falta. Si la madre está en el convencimiento de que tiene todo lo que necesita el hijo, ella misma, como madre completa, no muestra que le falte nada, por tanto, no muestra ningún deseo más allá del de alimentarle. Pero la condición para que un individuo acceda al deseo es que haga la experiencia de que su madre también está sujeta al deseo, también le falta algo y lo busca no sólo en él, el hijo, sino fuera de él (en el padre, en sus intereses profesionales, personales, etc.). La madre se muestra faltante, incompleta, cuando no tiene ningún pa-

objeto que ofrecer a la demanda del niño, que es la condición para que no se cierre la posibilidad de que el niño adquiriera la condición de sujeto deseante. Pero si no existe el objeto de la demanda, ¿cómo puede salir la relación entre la madre y el niño de este callejón sin salida? Lacan da una solución: lo que la madre puede ofrecer en lugar de lo que no tiene es el don de su amor. El amor es dar lo que no se tiene, es mostrarse en falta. El amor se muestra cuando el amante dice al amado: "Tú eres lo que me falta, no estoy completo". Por lo tanto, el amor no es dar objetos de la necesidad, sino ofrecer la falta que nos constituye. En toda esta discusión, la relación entre el niño y la madre es un exponente de la relación sujeto-Otro.

Decimos que la anorexia-bulimia no es trastorno de la función alimentaria, sino una enfermedad del amor y del deseo. Para Lacan, cuando el niño rechaza la sobreabundancia de objetos alimentarios, está preservando con esta conducta su posibilidad de desear. No hay nada más letal para el deseo que apagarlo inmediatamente con objetos, y no hay mayor impulso para el deseo que la falta de éstos. Por eso, el anoréxico dice no al alimento con el que se le quiere acallar en su demanda de amor. La anoréxica come nada<sup>3</sup>, la nada como objeto separador. Así, la anorexia sería la manera de reducir la omnipotencia del Otro a la impotencia (del otro materno, pero también del Otro social). Al comer nada, el individuo se zafa de la demanda asfixiante del Otro. La nada sería el escudo y el soporte del deseo, que preserva la diferencia entre el deseo y la necesidad biológica y natural.

En la infancia, el individuo se encuentra en un estado de impotencia esencial respecto al Otro. Cuando llega la adolescencia, a través del rechazo, del no al Otro, el individuo anoréxico conquista una posición de supremacía imaginaria<sup>4</sup>. Este rechazo es una llamada al Otro, es la forma que adquiere la demanda de amor cuando se confronta con la ausencia de un signo de la falta en el Otro. La anorexia reclama el signo de amor (que el Otro se muestre en falta) rechazando el objeto de la necesidad que el Otro le ofrece en su lugar. Este rechazo preserva al deseo que quedaría anulado por la demanda del Otro, Otro que insta al individuo a alimentarse, a consumir el objeto.

## Devoración como compensación

Lacan, en el Seminario IV<sup>5</sup>, declara que la bulimia es la compensación a través de un objeto real de una frustración amorosa. El objeto real, la comida, permite al individuo compensar lo que no ha tenido en el ámbito simbólico, es decir, el don de amor, el signo de la falta del Otro. Cuanto menos presente esté el signo de la falta del Otro, tanto más necesario será para el individuo consumir furiosamente el objeto real.

Siguiendo a Recalcati<sup>4</sup>, podemos constatar distintas estrategias del individuo ante la ausencia del signo: a) la anorexia rechaza el objeto porque no recibe el signo del Otro, rechaza toda forma de compensación, reclama el signo, y b) la bulimia, la obesidad y las dependencias patológicas muestran la primacía absoluta del objeto sobre el signo: donde falta el signo el sujeto consume el objeto. Son todas enfermedades de la época contemporánea.

El Otro contemporáneo ha cedido su poder histórico de prohibición y defiende la ley perversa del goce al alcance de cualquiera, que hace tener la ilusión de que, en el consumismo infinito, la "falta en ser" puede resolverse mágicamente.

Hay una tendencia de la civilización contemporánea a provocar obesidad por la caída del valor del signo en el remolino del consumo, constantemente renovado, del objeto. Se evita el encuentro con el otro sexo, como se evita también la búsqueda del signo de amor que, inevitablemente, supeditaría la seguridad del goce, garantizada por el consumo del objeto, a la contingencia del deseo del otro<sup>4</sup> (pág. 284).

En la obesidad, frente a lo que ocurre en la bulimia, no hay nostalgia del signo del Otro, porque el objeto siempre está al alcance de la boca, hay un encerramiento autista respecto al Otro, una exigencia de cultivar el goce de la boca sin discontinuidad.

El consumo del objeto ya no compensa una ausencia, porque no se da la experiencia de la ausencia. En el consumo de un objeto, ya está presente la anticipación del próximo objeto a consumir.

Frente a un Otro que ahoga cualquier llamada del individuo con la oferta de objetos, la obesidad indica una posición de pasividad del individuo que no es capaz de realizar ninguna forma de destete de esta oferta ilimitada y asfixiante del Otro. Otro como lugar social (que trasciende cualquier identificación con la madre real de la nutrición), cada vez más orientado por el discurso capitalista, donde lo que ocupa la posición dominante es el consumo continuo de objetos de goce sucesivamente nuevos que las reglas del mercado ponen a disposición de todos, en las que se promete una solución que se vende, como siempre, adecuada para la "falta en ser" (Prozac para la tristeza, Viagra para la impotencia, cirugía o pastillas para la fealdad-obesidad. La tristeza, la impotencia o la fealdad son formas o exponentes subjetivos de esa "falta en ser").

La tendencia de la civilización contemporánea a producir obesidad es generalizada, pero se agrava en la infancia: el niño occidental experimenta la desaparición del signo de la falta del Otro y sólo experimenta un vacío físico que debe llenarse cuanto antes.

La exposición de los niños al riesgo de la obesidad es incentivada por el discurso social, porque éste genera una demanda compulsiva de objetos como efecto de una decadencia del ideal y una promoción del objeto de goce.

El discurso social promueve la necesidad de una saturación del vacío, como forma de evadirse de la falta y el deseo. La obesidad es el fenómeno psicopatológico que ilustra mejor los efectos devastadores de esa evitación: el cuerpo queda reducido a mero contenedor de objetos, y el individuo contemporáneo se ve reducido a una máquina de goce.

La difusión de la anorexia y la obesidad en el capitalismo avanzado pone de manifiesto las dos caras de la moneda del malestar contemporáneo: la obesidad generalizada que marca el empuje a rellenar el vacío y a matar la ausencia, y la anorexización del individuo, como única maniobra posible de separación, de operar una castración del Otro atiborrante del mercado.

La bibliografía científica constata la actual difusión epidémica de la obesidad que, en los países industrialmente avanzados, se ceba en la edad infantil.

Quiero plantear la hipótesis de anorexia y obesidad como dos caras de la misma moneda. En ambas hay una dificultad para tomar la palabra. El "real del cuerpo", su implicación radical, comporta una dificultad a la hora de dar eficacia a la acción de la palabra en la cura psicoanalítica, como si la elaboración simbólica encontrara un punto de resistencia. Esto se manifiesta como existencia de la palabra vacía, separada del

ser del individuo, como una dificultad específica para adquirir una perspectiva histórica. El cuerpo no ha podido traducir un conflicto psíquico en un síntoma. El cuerpo lleno de la obesidad, al contrario que el histérico, no explota la facultad productiva del símbolo, no es un cuerpo que habla.

Pero se diferencian en que la anorexia señala el valor fundamental del "No", está el rechazo en primer plano, y el individuo obeso tiene una dificultad de acceso a la virtud positiva del "No", tiene una imposibilidad de rechazo.

## Alienación y separación

Si pensamos en las dos operaciones constitutivas del individuo (alienación y separación) como dos ejes de coordenadas, podemos representar estas enfermedades como curvas asintóticas a estos ejes: obesidad y bulimia deben situarse tendencialmente en el eje de la alienación (el individuo dice sí radicalmente a la demanda del Otro de que consuma el objeto, es accionado por la pulsión, está a merced del imperativo de goce). Bulimia y obesidad comparten la experiencia del hambre como experiencia pulsional impuesta al individuo. Las diferencia que, en la obesidad, hay una imposibilidad de rechazo y, en la bulimia, esa tendencia a la alienación a la demanda del Otro va asociada de forma alternante al rechazo (devoración seguida del vómito, separación de lo engullido). En el caso de la bulimia, se trata de una alienación que preserva, en el tiempo del vómito, la posibilidad de separación del Otro. En la bulimia conviven alienación y separación, pero no de la forma progresiva en que una va cediendo lugar a la otra, en función de la historia del sujeto, sino con un exceso en cada una de ellas y un viraje brusco, repetido y radical hacia el opuesto.

Por el contrario, la anorexia tiende al infinito en el eje de la separación: introduce un hueco entre la demanda del Otro y el deseo.

En la práctica clínica, se observa que hay una especificidad de la forma elegida (alienación-separación). La obesidad es una enfermedad preferente de la infancia, y la anorexia-bulimia, de la adolescencia, porque esta etapa marca un momento significativo en el proceso de separación del individuo del Otro.

El "No" anoréxico indica un intento del sujeto de desmarcarse de la demanda del Otro (tarea esencial del adolescente).

La obesidad es una enfermedad estructuralmente infantil, porque el sujeto niño permanece clavado en su estado de objeto y no accede a la separación. En la obesidad, constatamos lo patológico de una alienación sin contrapesos, el individuo como objeto del Otro.

La anorexia es un acceso al poder de la negación como poder separador, que puede introducir al individuo en la dialéctica de la separación, pero de forma patológica, absoluta, unilateral, orientada a la exclusión del Otro.

## La distorsión de la imagen

La mayoría de las anoréxicas son mujeres. Sobrepasa la extensión de este trabajo desarrollar la afirmación que sirve de base a la siguiente argumentación, y es que, estructuralmente, falta un significante que dé cuenta de lo específicamente femenino, al contrario que pasa con lo masculino, para lo que hay un significante, el falo, que lo define. El sujeto histérico

(estructura subjetiva especialmente ligada a la posición femenina) resuelve este agujero en el orden significante con la mascarada histérica: la seducción, los vestidos, los peinados, los maquillajes, el ofrecerse como objeto del deseo, etc., es decir, el investimento del cuerpo como falo (significante de la causa del deseo).

Así, se intenta resolver la pregunta histérica: "¿Qué es ser una mujer? La joven interroga para responder a esta pregunta a "la otra mujer" –las amigas, las otras, la madre–. La imagen que ofrece la moda se trata de emular como la forma de responder a la pregunta.

La anorexia viene a configurarse como una posición subjetiva nueva en el momento de la crisis narcisista de la pubertad. Es una solución que encuentra el sujeto para resolver el desgarramiento que supone el cambio de la imagen del propio cuerpo y de las identificaciones en esta etapa crítica. Las transformaciones del cuerpo pulsional, sexual, necesitan simbolizarse, subjetivarse. Se necesita una rectificación en la imagen narcisista que el individuo ha vivido como válida hasta entonces. Se reedita la fascinación por la imagen especular que se dio en el estadio del espejo (entre los 6 y los 18 meses de vida), cuando el niño pequeño resolvió la vivencia fragmentada de su cuerpo descoordinado al descubrir su imagen completa y armónica en el espejo. La adolescente "metaboliza" psíquicamente estos cambios en la imagen, que podrían resultar siniestros, a través de la búsqueda de la belleza (dimensión narcisista del cuerpo). Pero la anoréxica no dispone de la capacidad de simbolizar el cuerpo real, pulsional. No dispone del soporte identificativo adecuado –el ideal del yo<sup>4</sup>. La anoréxica, que trata de borrar la dimensión pulsional del cuerpo (los caracteres sexuales secundarios que van apareciendo en su cuerpo cambiando su imagen), se encuentra con que lo que le devuelve el espejo es una imperfección incorregible en su imagen. El trastorno de distorsión de la propia imagen no es una incapacidad cognitiva, sino la dificultad de un individuo con una identificación simbólica débil para subjetivar lo real de la sexualidad.

Es el momento de las identificaciones al ideal del yo. Tradicionalmente, la sociedad ponía al adolescente en la obligación de buscar la identificación a un ideal profesional, político, al ideal femenino de la mujer cuidadora del hogar, pero hoy los ideales de la sociedad contemporánea del capitalismo tardío no empujan a ser (médico, soldado, madre, etc.), sino a tener (un coche, un móvil, una ropa o una imagen determinada). Así, el adolescente interroga en el espejo los rasgos deseables del yo ideal, pero no logra integrar entre sí el cuerpo como imagen narcisista y el cuerpo como ser pulsional. Lo pulsional, lo real de la sexualidad, aparece en primer plano, descarnado, sin las envolturas de las identificaciones ni de la belleza. Esto produce los fenómenos de distorsión de la imagen corporal.

La percepción distorsionada, incluso delirante, del cuerpo se basa en un goce de la propia imagen que está por fuera de lo simbólico, de la acción normativa y estabilizadora del lenguaje (entiéndase el lenguaje en un sentido amplio, como estructura que nos humaniza y nos sumerge en la ley, la cultura, la cadena de filiación, etc.). La imagen que busca la anoréxica en el espejo "debe" obedecer al yo ideal. El individuo está integralmente empeñado en esta aspiración.

La anorexia sería una solución anestésica frente a la ambivalencia en la que el individuo se encuentra ante su propio cuerpo como campo de goce<sup>4</sup>.

Por otro lado, el empeño en adelgazar, propio de la anorexia, además de neutralizar las pulsiones sexuales a través de la privación, lo que busca es la coincidencia imaginaria con el yo ideal. El yo ideal de la anoréxica es un yo tiránico que impone una obediencia absoluta. Y como la anoréxica quiere poder coincidir con lo imposible, esta búsqueda está destinada al fracaso<sup>6</sup>: aunque llegue a ser un esqueleto viviente, siempre verá un exceso de carne o de grasa. La anoréxica pasará de dominar lo real, pulsional, a través de la imagen estética a estar sometida a buscar esa coincidencia imposible. ]

## Bibliografía

1. CIE 10. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.
2. Lacan J. El Seminario. Libro XVII. El reverso del psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1992.
3. Lacan J. La Dirección de la Cura y los principios de su Poder. En: Escritos I. México: Ed. Siglo XXI; 1972.
4. Recalcati M. Clínica del Vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Madrid: Ed. Síntesis; 2003.
5. Lacan J. El Seminario. Libro IV. La relación de objeto. Barcelona: Paidós; 1994.
6. Recalcati M. La última cena: anorexia y bulimia. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado; 2004.

## Bibliografía comentada

**Lacan J. El Seminario. Libro IV. La relación de objeto. Barcelona: Paidós; 1994.**

Jacques Lacan, psicoanalista francés, psiquiatra de profesión, dictó su seminario año tras año como una enseñanza verbal, no escrita, y que posteriormente se ha establecido para su difusión por sus discípulos en 27 libros, que recogen el corpus teórico de lo que ha venido a conformar una nueva escuela de psicoanálisis. Lacan, considerando que los posfreudianos habían distorsionado y parcializado el psicoanálisis, quiso retornar a Freud y hacer uso, para la comprensión de los síntomas y el sufrimiento subjetivos, de otras disciplinas (filosofía, lingüística, topología, física, matemáticas, literatura, etc.) y sus hallazgos.

**Recalcati M. Clínica del Vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Madrid: Ed. Síntesis; 2003.**

Este libro de Máximo Recalcati, miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y uno de los psicoanalistas en activo más prolíficos de su país, es un libro de cabecera para todo el que quiera acercarse al mundo de la anorexia-bulimia desde el punto de vista clínico. Las reflexiones se basan en una amplísima experiencia clínica con estas pacientes, a las que escucha más allá de la queja acerca del peso y la dieta. Estudioso de los trastornos de la alimentación, no deja de lado ahondar en las condiciones de posibilidad que comparten éstos con las dependencias y las psicosis.



## ¿A que la marca sí es importante?

### **Medicamentos de marca, medicamentos de confianza.**

En cada marca farmacéutica, hay un prestigio ganado. Una confianza. Una garantía. Una identificación con sus atributos. Un largo trabajo de investigación, de innovación, de desarrollo. Por eso cuando se elige un medicamento de marca, se elige mucho más que un medicamento.