

# UNA LECTURA DE LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Lillyana Zusman  
Psicoterapeuta. Licenciada en Lengua y Literatura.  
Licenciada en Psicología Clínica. Magister en Psicología y en Estudios  
Teóricos en Psicoanálisis por la Pontificia Universidad Católica del  
Perú. Miembro del APPNA.  
lillyanazusman@gmail.com

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Zusman L. (2020) UNA LECTURA DE LOS DESÓRDENES  
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# UNA LECTURA DE LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Lillyana Zusman<sup>1</sup>

1 Psicoterapeuta. Licenciada en Lengua y Literatura. Licenciada en Psicología Clínica. Magister en Psicología y en Estudios Teóricos en Psicoanálisis por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Miembro del APPNA. <lillyanazusman@gmail.com>

Actualmente, los diagnósticos de anorexia nervosa, bulimia, trastorno por atracón (binge eating) y obesidad se constituyen como los grandes grupos de clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria. Hasta finales del siglo XX, se encontraba en la práctica clínica casos puros de estricta anorexia, bulimia u obesidad; sin embargo, en los últimos años, se observa un elevado número de pacientes que presentan síntomas persistentes con la alimentación que no encajan en las clasificaciones diagnósticas tradicionales (DSM-R). Se trata de pacientes que no han perdido o ganado el peso suficiente, que no completan el número de atracones y/o purgas semanales estipuladas o que presentan episodios intensos que desaparecen con el tiempo. En estos casos, a pesar de que el cuerpo no está desgastado ni maltratado, la mente está sujeta a la tiranía del cuerpo, del peso, de la comida, de las calorías en desmedro de una atención libre al medio ambiente y a los afectos. Kristeva, (1993) sostiene que este tipo de enfermar corresponde a las nuevas enfermedades del alma, padecimientos en los que el cuerpo es el encargado de expresar el dolor emocional y sus defensas.

Los desórdenes de la conducta alimentaria son enfermedades antiguas. Sus orígenes se remontan al imperio romano y a la época medieval. El primer caso documentado y presentado en público lo escribió R. Morton en Londres. Fue el primer caso de anorexia causada por la tristeza y la ansiedad, a la que denominó "nervous consumption" (Silverman, 1995, p. 141) o "consumption of nervous origen" (Moorey, 1991, p. 7). Desde entonces, se han escrito diversos historiales clínicos en los que se ha asociado la anorexia nervosa con la histeria para luego independizarla y comprenderla desde la complejidad de los cuadros borderline (Kernberg, 1985/1988) y de las patologías de déficit (Killigmo, 1989). El síndrome de bulimia nervosa fue definido por Russell en 1979; sin embargo, su existencia se puede rastrear a lo largo de la historia con relación a la voracidad y a las purgas patológicas.

En la década de 1970 se registra una suerte de epidemia de desórdenes de la conducta alimentaria. La población enferma era prioritariamente femenina (95%) y tan solo el 5% era masculina. La confluencia de factores socio culturales, de la penetración del feminismo, de los cambios en los estereotipos respecto del hombre y la mujer, la recién conseguida autonomía de las mujeres determinó que el paradigma del cuerpo y de la belleza cambien sustantivamente. En aras de la equidad de género, la mujer se inició en actividades profesionales en áreas tradicionalmente validadas sólo para los hombres. Los cuerpos femeninos redondeados y marcados en sus formas cedieron su atractivo a los cuerpos (ultra) delgados, andrógenos, sin formas, en los que casi no cabe la imagen tradicional de la maternidad.

Las clasificaciones diagnósticas del DSM IV-R per se resultan insuficientes para diagnosticar los desórdenes de la conducta alimentaria. Lo que era evidente y válido en las últimas dos décadas del siglo XX, requiere, hoy, de lecturas interdisciplinarias y multicausales. El diagnóstico no se constituye como un colectivo de síntomas sino como una dinámica particular cuyo origen se ubica en la temprana infancia. Los síntomas físicos de los desórdenes de la conducta alimentarias suelen ser sólo la punta del iceberg del diagnóstico. La delgadez (extrema), las purgas, los atracones, la obesidad, el flirteo incesante con la comida y con el peso son los síntomas más evidentes. La verdadera catástrofe se centra en la fractura de la estructuración psíquica, mental y afectiva.

La sociedad moderna es veloz, inmediatista y superficial; recibe a los adolescentes debilitados y atrincherados en estereotipos estandarizados que intentan garantizar la satisfacción plena y el éxito social. Los jóvenes suelen seguir las ofertas sociales y, con esa furia natural adolescente que los caracteriza, no consiguen, muchas veces, atender y rescatar sus necesidades y deseos como productos valiosos e interesantes para su propio self. Los síntomas dificultan el reconocimiento de las señales interoceptivas del cuerpo, interfieren en la posibilidad de establecer y mantener relaciones objetales y revelan una resistencia férrea a crecer; sin embargo, los púberes y adolescentes viven su desorden alimenticio como una situación natural en la que se asientan con una extraña comodidad, a pesar de que sus síntomas delatan la fragilidad de su self y la falta de estructura de su aparato mental.

Con el ingreso a la adolescencia, los jóvenes se enfrentan a pérdidas significativas como parte del crecimiento y del desarrollo. Las pérdidas del cuerpo y de la identidad infantil son dolorosas; ellos tienen la tarea de enfrentar y asimilar un cuerpo crecido, con formas y con un potencial sexual, es el cuerpo resultante de la carga genética propia. Frente a los cambios naturales y espontáneos del cuerpo, los jóvenes reaccionan con aprecio, si el cuerpo coincide con los estereotipos socio culturales, o, con desprecio y frustración, si su cuerpo no coincide con los mismos. La sociedad moderna ofrece alternativas variadas para hacer encajar los cuerpos en desarrollo en el rango de los cuerpos estereotipados e idealizados y brinda alternativas varias, desde las dietas más variadas y sin sentido, hasta las opciones quirúrgicas. El mensaje oficial permanente es que todo se puede cambiar y el mensaje underground alienta a los jóvenes en métodos demenciales para encajar en los modelos validados por los estereotipos sociales. Las dietas, los ejercicios exagerados, el consumo de drogas, la ingesta de pastillas anorexígenas, las rutinas variadas de ejercicios son mecanismos frecuentes para intentar amoldar el cuerpo al ideal.

La adolescencia supone la pérdida del mundo infantil, de la bisexualidad y de las dependencias y los roles jerárquicamente establecidos. Supone, también, la obligación de asumir retos y responsabilidades diversas. Ante los nuevos retos, los jóvenes se colocan en una suerte de anarquía temporal, como un tiempo en el que vale todo. La pérdida por los padres de la infancia parece ser un alivio; el refugio en el grupo de pares se sustenta como la nueva modalidad de vivir; sin embargo, la fragilidad psíquica los remite, con rabia y frustración, a seguir buscando en los padres refugio y protección. La ambivalencia entre la dependencia y la independencia genera un fastidio que, por lo general, se actúa.

Los duelos favorables ante la aceptación de las pérdidas infantiles suponen que el adolescente ha atravesado su desarrollo desde una continuidad existencial saludable y estable, lo que favorece la transición hacia la ruta adolescente con un sentido crítico y personal. Los duelos no resueltos, por los sucesivos inconvenientes en el proceso de desarrollo, quedan asentados en la psique con un sentido melancólico por el objeto perdido, el cual flota hasta asentarse en el cuerpo con una carga negativa. Desde esta vivencia melancólica, el adolescente tenderá a bloquear el discurrir natural de su desarrollo intelectual, a utilizar la fantasía de manera compensatoria, a recurrir a la intelectualización, al pensamiento fragmentado y a los objetos bizarros para desviar el dolor por las fallas y de las pérdidas infantiles. En estas circunstancias, se sostiene el pensamiento primario y se bloquea el desarrollo libre y espontáneo del pensamiento secundario.

Las vivencias traumáticas, des estructurantes, violentas decantan en un quiebre adolescente (Laufer, 1995): un momento crítico en el que los jóvenes viven una tormenta afectiva, física y mental de la cual no pueden hacerse cargo por la falta de recursos psíquicos. El quiebre pone en evidencia un historial de discapacidades psíquicas que se generan en la dinámica de una madre compleja con dificultades para sostener y mentalizar, de un medio ambiente insuficiente para alentar los procesos de separación e individuación, por las frustraciones recurrentes y por los sentimientos de rabia, dolor y odio que no se han podido libidinizar. Estas fallas tempranas turban la continuidad existencial del individuo.

En un esquema familiar saludable se requiere de la presencia activa del padre y de la madre. Se espera una madre suficientemente buena que sostenga la continuidad existencial y la consolidación del psiquesoma, que tenga la capacidad para mentalizar y convertir los elementos Beta en Alpha y que posibilite el tránsito adecuado de la posición esquizo paranoide a la depresiva, de la simbiosis a la individuación. El padre, por su parte, sostiene la dupla fusional madre e hijo e introduce la visión de las relaciones objetales y las pautas sociales que se instauran a partir de la convivencia familiar.

Para comprender los desórdenes de la conducta alimentaria se hace necesario revisar algunos conceptos asociados al desarrollo y a la continuidad existencial. Pensamos que la matriz de la sintomatología se encuentra en esos primeros tiempos del desarrollo y de la formación del self. En este sentido, descartamos que los desórdenes de las conductas alimentarias se originen en el estrés de la moda y de las presiones socioculturales.

#### Circuito virtuoso

En el comienzo de la vida, la pulsión es una fuerza que tiene hambre de vincularse con objetos que le produzcan satisfacción. En los espacios saludables, la conjunción de la pulsión y su objeto llevará a la satisfacción real de necesidades (necesidad biológica, Freud: 1905) y a la satisfacción de deseos: el enlace entre la necesidad biológica y la satisfacción. Freud (1905) sostiene que "la madre....atiende al niño con sentimientos procedentes de su propia vida sexual y le acaricia, besa y mece tomándole claramente como sustitutivo de un complejo objeto sexual" (Freud, 1905, pp.1225). La succión del pecho materno es el modelo de toda relación erótica destinada a la búsqueda de placer. Con la succión rítmica, el infante encuentra la satisfacción real de su deseo e inscribe en su mente este patrón repetido como una invariante (Stern,1989) que le garantizará que su hambre, como necesidad, encontrará una cálida corriente de leche que lo alimentará, llenará y dará satisfacción: su deseo.

La alimentación se constituye como el primer patrón de interrelación orgánica y estructurada del infante con su madre. Al inicio, el encuentro de la diada lo es todo: necesidad biológica (hambre), necesidad de sostenimiento, búsqueda de contención, deseo sexual. Con el tiempo, la actividad sexual se separa de la alimentaria y se organiza como una actividad particular organizada en torno a invariantes. Durante el periodo de simbiosis, que coincide con la posición esquizo paranoide, la madre es un equivalente a la comida. Sin embargo, con la separación de las pulsiones y, con la presencia del padre, el infante descubre que la madre no es equivalente a la comida y que el proceso de simbiosis se transforma para dar lugar a la separación yo-no yo, como principio del reconocimiento del otro y de las futuras relaciones objetales en el seno de la posición depresiva. El tránsito a la experiencia del no yo genera una sensación de autonomía que promueve el pasaje de la dependencia a la independencia. La presencia de la madre y la experiencia del alimento materno, en las formas de leche y de amor, inician una relación de objeto, inicialmente parcial que evoluciona a partir de la identificación para concluir en la introyección del objeto (bueno) total. Los aspectos buenos y malos de la relación se integran en la estructura del Yo, gracias a la tolerancia del infante para aceptar los fallos del medio ambiente creado por la madre.

El proceso de la alimentación es el primer escenario en el que despliega la relación madre/hijo. Es, también, la atmósfera en la que se despliegan los rudimentos de la relación simbiótica y se forjan los enlaces que dan origen a las relaciones de objeto. A través de la función alimenticia se despliegan las vivencias que, gracias a la permanencia de la madre, se estructurarán como experiencias relativas al vínculo, al cuerpo y a la composición del psiquesoma. El hambre es una necesidad biológica; el apetito es una invariante que se constituye a través del enlace (recurrente) hambre-satisfacción. La alteración del apetito es algo común; es sensible a situaciones de angustia y depresión como a los eventos externos como el nacimiento de un hermano, una mudanza, la enfermedad de uno de los padres, algún duelo no resuelto. Dada la estrecha relación entre los miembros de la diada, la actitud hacia la comida equivale a una actitud hacia la persona, la madre" (Winnicott, 1936. Pp.67). La "gula patológica" y el rechazo a la comida aparecen, por lo general, en la forma de síntomas como un efecto secundario al trauma del destete (Winnicott, 1936).

La presencia de la madre procura que el mundo de su infante sea lo más sencillo posible; ella lo aísla de todo aquello que está más allá de sus posibilidades de comprensión y de tolerancia y se articula como un continente que cuida a través de un lenguaje, verbal y corporal, proveyendo la experiencia (saludable) de mentalización y simbolización. Sus respuestas asertivas proveen al infante de la posibilidad de establecer enlaces en la mente, de un sentido de sí mismo, de la conciencia de sus emociones y de la conexión con otros similares. En el proceso de consolidar la continuidad existencial, el infante integra, también, sus estados psicósomáticos

En estado de salud, los estados de no integración se integran gracias al sostén del medio; la mente posibilita una comprensión y el eventual aprovechamiento del fallo relativo de la madre y del ambiente; la psique se diferencia del soma y se configura un vínculo de continuidad somática que estabiliza al soma como soporte de la evolución psico mental. La unidad psicósomática es el núcleo del self auténtico. En estado de enfermedad, la mente usurpa la función del medio. Cuando el medio ambiente no sustenta adecuadamente la evolución de los núcleos primitivos de la integración del self, el precario equilibrio puede ser afectado por la desintegración (distinta a la no integración), usando la omnipotencia como una defensa. El mal medio es malo porque, debido al fracaso de la adaptación, se convierte en un ataque contra el psiquesoma.

En suma, un circuito virtuoso de crecimiento supone la articulación creativa de las partes psicóticas y no psicóticas del self, facilita la emergencia del gesto espontáneo, se adecúa a la maternidad, favorece la confianza en la omnipotencia y en el mundo externo, sustituye paulatinamente la omnipotencia por la realidad externa, alienta la espontaneidad del verdadero self, acompaña el nacimiento de la ilusión, asiste al desarrollo de la capacidad para la simbolización y para la evolución mental hacia la integración.

#### Circuito no virtuoso

Pero en la crianza también se presentan problemas. Ante situaciones límite, la continuidad existencial del psiquesoma en desarrollo se trastoca como consecuencia de los ataques del ambiente y de los fallos de adaptación activa al medio. El infante no suele tolerar los excesos de estimulación del medio y la falta de filtro para los mismos. Un rápido aumento de la reacción ante los ataques que turbe la continuidad del psiquesoma es algo que se espera y tolera. Los excesos, sin embargo, quiebran la continuidad del self, dificultan la posibilidad de establecer enlaces y de formatear un sentido del sí mismo, entorpece la conciencia acerca de las emociones y de la conexión con otros similares. El disloque de las necesidades del infante y del ambiente generan una desarticulación vincular que da lugar a una adaptación precoz y deficiente del niño al ambiente. La falta de interacción psíquica/somática coloca al infante ante la necesidad de establecer un falso self, como respuesta del proceso de adaptación a las situaciones disruptivas y desestructuradas que atentan contra la continuidad del self.

La madre suficientemente buena que ofrece soporte, manipulación, continencia, mentalización estable, garantiza la continuidad del self. Una madre que no es suficientemente buena se articula como el punto de partida para el desarrollo patológico de la continuidad del self. El objeto materno se tuerce y adquiere la valencia de un objeto malo, persecutorio e invasivo que remite al infante a una vivencia vincular aterradora. La madre que contiene poco o contiene mal y funda una vivencia angustiante (Freud, 1926) invita al infante mantenerse fusionado a ella y a organizarse por sí mismo a partir de una férrea línea defensiva. La adhesión del infante a un objeto materno de valencia negativa y en relación de fusión tiene un antecedente transgeneracional de una madre que no estableció vínculos de separación/individuación y que, por ende, no ha alentado dichos procesos en su infante ni ha propiciado una relación con el otro como diferente y diferenciada. El padre, como el tercero de la relación, debiera, con su sola presencia, señalar el camino de la trascendencia de la simbiosis. Un infante atrapado en redes simbióticas no establece relaciones diferenciadas sino, más bien, fusionadas y defensivas que no consiguen transformar la ecuación original madre=comida en una relación de objeto diferente y diferenciada. El confinamiento en la identidad simbiótica evoluciona en el sentido inverso a la continuidad existencial: la libido que transitó hacia relaciones de objeto saludables se queda estancada en el cuerpo en la forma de angustia y se torna incapaz de ligarse con otros objetos.

El infante que no ha transitado de la posición esquizo paranoide a la posición depresiva y que no ha podido hacer el duelo por el objeto original perdido queda atrapado en un estado melancólico. La unidad psiquesoma, que debiera forjarse como el núcleo del self auténtico, se mantiene escindida y la mente suele apropiarse de una u otra porción generando, en caso sea la psique, patologías psicóticas; en caso sea el soma, patologías psicosomáticas.

Cuando el infante no tiene la capacidad suficiente para tolerar la frustración, se consolida una experiencia disruptiva a través de la cual el niño trata a sus pensamientos como objetos internos malos, invasivos, disruptivos, persecutorios. Estos objetos utilizan al otro como depósito de sus estados mentales no simbolizados; su función no es colonizar al sujeto ya que su identidad no es importante sino solo asegurarse de la presencia de otra mente y/o de otro espacio que pueda recibir, sostener, contener los aspectos desorganizados y violentos de su mente. Por la hostilidad que transmiten, el receptor los recibe como misiles impredecibles y destructivos (Williams, 2004).

La parte psicótica del self está sometida a múltiples transformaciones por el predominio de la pulsión de muerte y por temor a la aniquilación objetal. Su evacuación, a través del mecanismo de identificación proyectiva, genera un alivio transitorio a costa del empobrecimiento del futuro evolutivo toda vez que las proyecciones se alojan en nuevos depositarios, los objetos bizarros, que flotan en centros que tienen como núcleo el sujeto mismo. Desde esta posición deficitaria, lo psicótico anula la capacidad para vincularse desde la intuición y para establecer enlaces creativos. Los objetos bizarros cumplen esta función y, paradójicamente, se tornan en objetos persecutorios.

Cuando en la relación con la madre, ésta se torna en un objeto malo, persecutorio, invasivo y el psiquesoma no se consolida como una unidad, la ecuación madre=comida se desnaturaliza y el soma no integrado funciona a modo de objeto parcial, en partes. La barriga, las piernas, los brazos, la cara, el cuello adquieren vida propia y reciben aisladamente los contenidos evacuados. El sujeto establece una relación psicótica con las partes de su cuerpo que adquieren la cualidad de objeto bizarro. La dismorfia corporal da cuenta de este fenómeno. La cualidad invasiva y/o persecutoria de la madre que intenta ser evacuada, en la dificultad para ser digerida, se desliza, también, hacia la comida que, en su función receptora, se convierte en un objeto bizarro, un precipitado del vínculo psicótico, que alberga al conjunto de contenidos fragmentados que no tienen un continente eficaz. La evacuación sobre el objeto bizarro, partes del cuerpo y/o la comida, genera un alivio transitorio a costa del empobrecimiento evolutivo. Como espacio exterior, aloja a los elementos evacuados de la mente con una dosis de ajenidad controlada, con una existencia independiente, incontrolada, incontrolable y con una relación que devendrá en persecutoria, porque el objeto persecutorio se volverá perseguidor.

La identificación proyectiva masiva abona en favor de la creación y mantenimiento de los objetos bizarros y ano favorece la formación de conciencia de la realidad; es, más bien, un ataque a la formación de símbolos que se logra anulando las semejanzas entre los objetos y conservando sus divergencias para crear una suerte de "relación" entre objetos enojados entre sí.

La relación permanente con el objeto malo y/o invasivo genera en el infante una vivencia aterradora por la excesiva presencia de elementos Beta. La ausencia de un tejido psíquico sostenedor deja al infante expuesto a una vivencia aterradora....como de caída libre que se vive como un derrumbe ante la ausencia de continente. El derrumbe es un estado impensable. Su origen se remite a una vivencia arcaica, no tolerada en tiempos en los que la integración yóica era muy frágil y el yo estaba inmaduro para recoger dichas vivencias.<sup>1</sup> Rompe el psiquismo evolutivo del infante y dificulta (si no impide) establecer enlaces psíquicos, tener conciencia de sí mismos y de sus emociones y establecer relaciones con otros similares. Se asienta por debajo de la organización de las defensas más primitivas. Un bebe asustado por la experiencia del nacimiento y por la ausencia de una madre contendedora e incapaz de comprender el sentido del sí mismo potencia su miedo al infinito y lo vive como una experiencia aterradora toda vez que no existe una estructura yóica que lo contenga.

El niño es consciente de la vivencia de terror; no recuerda lo que lo aterró; la vivencia ocurrió cuando su self no estaba ahí para que sucediese. Ante el terror claudican todos los intentos defensivos más simples y deviene la escisión como defensa. Quizá, la vivencia se quedó pegada al cuerpo y/o a la mente y no se experimentó porque no había un Yo establecido para simbolizarla y pensarla; se anuncia a través de sintomatología psíquica o corporal. La vivencia es la fragmentación; los fragmentos escindidos, que tienen la valencia de psicóticos, se eyectan para ser colocados sobre un objeto bizarro aleatorio que cumple, paradójicamente, la función de continente toda vez que garantiza la posibilidad de no pensar. La vivencia aterradora y la falta de una función decodificadora y continente (función Alpha) dificultan la posibilidad de pensar los pensamientos.

En suma, el circuito no virtuoso revela el fallo precoz materno y la presencia de un mal medio. Desde esta base, el infante no accede a la mentalización y, por ende, a la simbolización, y se mantiene permanentemente es un estado de desintegración que le resta coherencia. Desde este lugar del desarrollo, estos niños deficitarios suelen ser irritables,

---

1 En el ámbito de la psiconeurosis, lo que subyace en las defensas, es la angustia de castración. En los casos borderline y/o psicótico, se aprecia el derrumbe del establecimiento del self unitario. "El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yóica, que es la amenazada pero nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente" (Winnicott, 1963. pp.113).

presentar alteraciones en el funcionamiento físico, somático y psíquico y desarrollar defensas muy tempranas como la escisión y la identificación proyectiva que abonan un funcionamiento desde el falso self.

En el marco de esta fragilidad, se inscriben los desórdenes de la conducta alimentaria. Los síntomas alimenticios delatan un vacío vivenciado y no experimentado, propio de la patología de déficit, lejano de una patología de conflicto y, por lo tanto, de la experiencia del trauma. El vacío mental (Lutenberg, 2007)<sup>2</sup> expresa la vivencia de la oquedad interior que proviene de las emociones y de los afectos. La fragilidad de sus cuerpos, la debilidad de su estructura psíquica y el rígido sistema de defensas delata un vacío mental estructural en los pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria que deriva en un quiebre adolescente aterrador ubicado en los extramuros del pensamiento (Laufer, 1995). Así mismo, las diferentes islas psicóticas que habitan la mente delatan un sentido de congelamiento mental (Lutenberg, 2013) toda vez que no existen enlaces (creativos) entre ellas. Las partes psicóticas tienen vida propia, desconocida para el mundo exterior.

#### Desórdenes de la conducta alimentaria

Los desórdenes de la conducta alimentaria son enfermedades severas que comprometen la psique y el soma. Por lo general, se presentan tarde en la pubertad y en la adolescencia. Se dan a conocer a través de cuerpos emaciados o de cuerpos trajinados por un desbalance bioquímico significativo que denuncian, explícitamente, vivencias de muerte. Estos pacientes han tenido vidas pobladas de historias (traumáticas) amenazantes que han generado crisis severas en su evolución psíquica muy cercanas a la desintegración. Llegada la adolescencia, el tiempo de la reedición de los duelos infantiles, la ausencia de un tejido psíquico continente conduce a la experiencia del quiebre adolescente (Laufer, 1995), experiencia que delata la multiplicidad de escisiones del self.

El quiebre adolescente se manifiesta de manera espontánea y pone en evidencia un desarrollo quebrado, incapaz de lidiar con las tareas adolescentes. Arrastra un sinnúmero de faltas, fallas, frustraciones, ambivalencias, rabias, odios que no han podido ser metabolizados a lo largo del desarrollo y que han hecho crisis con el advenimiento de los cambios corporales. El cuerpo emaciado de la anorexia y trajinado de la bulimia se inviste de valencias negativas y habla de tiempos aterradores en los que se vivió sin haber sido sostenido y contenido por la presencia de una parentalidad sólida y segura. El falso self, construido desde la omnipotencia en tiempos antiguos, les asegura llegar a la pubertad/adolescencia, manteniendo escindidas la psique del soma y esperando que la mente negocie con los nuevos avatares de la realidad. En tanto las

---

<sup>2</sup> El vacío es estructural si corresponde al sector escindido de la totalidad de la mente que se ha detenido en el proceso de diferenciación del ello y Superyó.

negociaciones dejaron de ser posibles por las nuevas tareas del cuerpo y de la mente, el quiebre supone la negación del crecimiento y la eyección de los afectos hostiles.

Los desórdenes de la conducta alimentaria ponen de manifiesto la existencia de un mal medio que no posibilitó el desarrollo de la mentalización y, por ende, de la integración. La desintegración abona por una falta de coherencia y de continuidad del self. Los síntomas reflejan la vulnerabilidad del proceso evolutivo, la fragilidad del Yo, una amplia gama de defensas primitivas y la configuración de una realidad paralela a la realidad real fundada desde objetos bizarros que establecen una nube que oscurece la visión del mundo interno y del mundo externo. Como patologías de déficit son una defensa contra el quiebre psicótico. El funcionamiento de las islas psicóticas garantiza la posibilidad de tener, también, funcionamientos neuróticos.

Las patologías alimentarias son patologías de déficit. Se gestan en un estado de fusión que dificultó la formación de la estructura del Yo y la formación de relaciones objetales. Las fallas intra sistémicas ponen de manifiesto las variadas escisiones y el uso reiterado de mecanismos de defensa primitivos como son la identificación proyectiva y la negación. En los trastornos de la conducta alimentaria, la psique es secuestrada por la mente y el soma queda a merced de las diferentes negociaciones de sus partes por lo que el cuerpo recibe el impacto de todo aquello que no ha evolucionado, que se ha escindido, que se ha quebrado y que se instala como reservorio de las proyecciones hostiles.

En este sentido, los síntomas alimenticios ponen de manifiesto, a través del cuerpo, las fracturas en el sentido de la continuidad del self, como una vivencia aterradora del crecimiento, como un detenimiento en los procesos de separación/individuación y, por lo tanto, como una defensa férrea de relaciones simbióticas. Desde la evidencia de su corporeidad emaciada o mal tratada, expresan una experiencia de rechazo: se rechaza al otro y a las partes del otro, así como al sí mismo. Se rechaza a una madre y al medio que frustraron y, por ende, se rechaza, también, la comida que brindó (madre=comida). Los síntomas de la inanición y/o de las purgas devuelven a la madre/padre la experiencia de incontinencia de excesos no metabolizados que, desde la fragilidad yóica del infante, no pudieron ser digeridos.

Estas patologías tienen, por lo general, un trasfondo transgeneracional. Las fallas para la integración pulsional provienen de familias que no alientan los procesos de separación/individuación y que refuerzan los vínculos simbióticos. Son familias que no han logrado superar la ecuación "separación-muerte", que no comprenden el como si de la vida cotidiana y las abstracciones propias de la simbolización, que no logran proveer una estructura, que no consiguen contener los contenidos instintivos y pulsionales y que promueven una visión agujereada de la realidad y de los vínculos, que produce estados confusionales.

La comida, el cuerpo, las calorías, el ejercicio y algunos objetos parciales que suelen tener vida propia como la barriga, las piernas, los cachetes, los brazos, etc. se tornan en objetos bizarros que albergan al conjunto de contenidos fragmentados que no tienen un continente eficaz en el precario self. La relación del self con estos objetos (bizarros) es de naturaleza psicótica. Desde esta posición, la parte expulsada del sujeto queda alojada e instalada en una nueva residencia (dentro de otro objeto) con el que se inaugura un vínculo especial de ajenidad controlada y dependencia persecutoria. El cuerpo (bizarro) y la comida (bizarra) son como la madre a la que sólo se puede pensar a partir de pensamientos psicóticos por ser una madre con la que se sostiene una relación ambivalente de amor/odio. El paciente come y se purga (bulimia), cuando tiene la intención y la esperanza de sostener a la madre interna; permanece en estado de inanición (anorexia nervosa) cuando tiene la claridad meridiana que no podrá lidiar con las vicisitudes de esa madre ambivalente y que no la dejará ingresar.

Si la madre que alimenta no tiene la capacidad o si esta capacidad se da pero no es asociada con amor hacia el niño o su padre, esto le será comunicado al lactante de alguna forma, a través de esa conducta doble vincular de la diada, aunque al bebe le resulte incomprensible..... No comer es, pues, un ataque al vínculo; un ataque hacia la capacidad mental de establecer vínculos con el mundo interno y con el mundo externo. El ataque recurrente hacia la ligazón convierte toda unión en una especie de presencia de una ausencia, de un terror sin nombre, frente al sentimiento de exclusión de lo que hubiera sido una unión (H. Catz. 2020. Curso Virtual. Lima)

Los pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria no consiguen libidinizar su cuerpo, sus objetos y sus afectos. La sola posibilidad de trascender el modelo de relaciones simbióticas aterra y retiene al paciente en modos de relación primitivos y básicos. El rechazo por la madre determina que también rechacen el cuerpo de la madre y, por ende, su cuerpo que recibe el impacto de las vivencias de odio que dificultan la libidinización del mismo. Desde la experiencia de la fragmentación, perciben su cuerpo como un conjunto de partes ensambladas más no enlazadas. Son partes que se perciben como "cosas" con un funcionamiento autónomo. Los otros también tienen la valencia de "cosa". Las relaciones con los otros están, por lo general, regidas por sentimientos de odio y de envidia. La posibilidad de mirarse a sí mismos como únicos es pobre; la relación con el sí mismo es la no relación con los otros. El otro tiene lo que a uno le falta por eso, el rechazo. Los afectos son tratados también como "cosas" por lo que son estáticos y no generativos. En este sentido, la sexualidad está atrapada en la falta de libidinización del cuerpo, de los objetos y del afecto.

El (sub) universo establecido a través de los temas de cuerpo, peso, comida, calorías es un mundo aglomerado. Los objetos de este submundo se juntan con intervención del lenguaje (concreto) sin que exista alguna correlación simbólica entre los mismos. Las palabras se juntan para no decir nada; repiten mecánicamente y sin afecto, “estoy gorda”, “mi barriga está grande”, “he comido mucho”, etc. como expresiones concretas propias del pensamiento operatorio: dicen, pero no significan; tampoco comunican, porque son palabras que encapsulan otra realidad, una que no puede ser pensada a través de los criterios de la realidad simbólica. Se trata de vínculos entre objetos enojados entre sí. El discurso anoréxico/bulímico es hueco; delata el vacío emocional y el congelamiento mental.

“El paciente tiene temor ante el carácter atroz del vacío controlado, y a manera de defensa organiza un vacío controlado no comiendo o no aprendiendo, o bien la llena cruelmente con una avidez compulsiva que lo hace sentirse loco. Si es capaz de alcanzar el vacío mismo y tolerarlo, gracias a su dependencia del Yo auxiliar del analista, puede iniciarse la incorporación (como función placentera; puede entonces comenzar un comer que no es función disociada (o escindida) como parte de la personalidad.....La base de todo aprendizaje (así como del comer) es el vacío pero si ésta no fue experimentada como tal al comienzo, se convierte en un estado temido, aunque perseguido compulsivamente” (Winnicott, 1963. pp.119-120)<sup>3</sup>.

Los pacientes con anorexia nervosa tienen dificultades para incorporar contenidos que provienen del afuera. Ellos están tomados (intoxicados) por los contenidos críticos que provienen de sus padres que, en lugar de prestar atención a contenidos propios y diferenciados. Su mente está ocupada en el drama familiar y personal. Los pacientes con bulimia purgan la parte psicótica de los padres, dada la simbiosis familiar. Es como si ellos intentaran extraer los “excrementos mentales psicóticos que le impiden seguir adelante con su evolución” (Lutenberg, 2013: p. 92). Comer o purgar o dejar de comer debieran ser soluciones ilusorias y transitorias para resolver las crisis de identificación proyectiva masiva; sin embargo, la exagerada presencia de elementos Beta, la mente vaciadas de contenidos (propios), la ausencia de la función vincular y la falta de crecimiento mental determinan que el proceso de inanición y/o de atracones y de purgas sea recurrentes y automáticos.

---

<sup>3</sup> La fecha en que se escribió este artículo es incierta. Se piensa que el artículo fue escrito en 1963, con el nombre de *Fear of Breakdown*, publicado en 1989. Las páginas señaladas en las citas textuales de este trabajo se corresponden con una traducción en castellano.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades largas y penosas. La recuperación depende de la posibilidad de releer la propia historia y de reescribir una nueva historia en la que el sujeto, como personaje principal de la misma, sea el sí mismo y no el rechazo por el otro. Sanar no es comer y/o dejar de purgar. Sanar supone reparar y acercarse al sí mismo con afecto, amabilidad, ternura, comprensión y paciencia. Sanar no es una tarea fácil. Supone derribar el muro de contención creado y validado por los objetos bizarros y por su férrea relación a los mismos. En este sentido, nos preguntamos: ¿por qué sigue preocupándole al paciente algo que pertenece al pasado?

Winnicott sostiene que la experiencia original de la agonía primitiva “no puede convertirse en pasado a menos que el yo sea capaz primero de recogerla dentro de su experiencia presente y su control omnipotente actual....el paciente debe seguir persiguiendo ese detalle del pasado que todavía no fue experimentado, que adquiere la forma de una búsqueda de ese detalle en el futuro” (Winnicott, 1963. pp.115-116). Si el paciente acepta la atemporalidad de la vivencia deja abierta la posibilidad de experimentar a través de la experiencia de la transferencia una reacción frente a las fallas y errores del analista. A través del proceso analítico, el paciente recoge la falla original del ambiente facilitador a través de la experiencia de la omnipotencia que corresponde al estado de dependencia.

La terapia con pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria son procesos interdisciplinarios largos y complejos. Si bien se hace imprescindible rehabilitar la relación con la comida y suprimir las purgas, estos objetivos son difíciles si simultáneamente el paciente no accede a su mundo interno y se conecta con las fallas originales que lo determinaron a usar su cuerpo como una defensa, como un muro de contención de sus terrores y dificultades más profundas.

#### Referencias Bibliográficas

- Bion, W. R. (1959). A theory of thinking. En: *Melanie Klein Today*, (1), pp.178-189. The New Library of Psychoanalysis.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. En *Melanie Klein Today*, (1), pp.87-101. The New Library of Psychoanalysis.
- Bion, W.R. (1963). Elementos de Psicoanálisis. Hormé, Buenos Aires
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual, (IV), 1169-1237. En *Obras completas (IX volúmenes)* [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1926 [1927]). Inhibición, síntoma y angustia, (VIII), 2833-2883. En *Obras completas (IX volúmenes)* [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Klein, M. (1921-1945). Contributions to Psycho Analysis. — “On the Importance of Symbol Formation in the Development of the Ego”.
- Kernberg, O. (1988). *Desórdenes fronterizos y Narcisismo patológico*. México. Editorial Paidós.
- Kernberg, O. (1995). *Relaciones Amorosas. Normalidad y Patología*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Killingmo, B. (1989). “Conflicto y déficit: Implicaciones para la técnica”. *Libro Anual de Psicoanálisis*. Tomo V: pp. 112-126
- Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Barcelona: Cátedra.
- Laufer, M. (1997). *Adolescent Breakdown and Beyond*. Londres: Karnac.
- Lutemberg, J. (2007). Introducción. En: *Teoría y clínica del vacío emocional*. Pp 11-34. Lima: Siklos
- (2007). Vacío mental y clínica en pacientes no psicóticos. En: *Teoría y clínica del vacío emocional*. Pp 61-92. Lima: Siklos
- (2007). Psicopatología del vacío mental. En: *Teoría y clínica del vacío emocional*. Pp.162-210. Lima: Siklos
- (2008). *Teoría de los vínculos*. Lima: Siklos
- (2013). *Los Objetos bizarros*. En: *Seminarios de Lima*. Pp.89-134. Lima: Causes Editores
- Moorey, J. (1991). *Living with Anorexia and Bulimia*. Manchester: University Press.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. En: *International Journal of Psychoanalysis*, (38), 391-397.
- Silverman, J. A. (1995). History of anorexia nervosa. En K. Brownell & C. Fairburn (eds.), *Eating Disorders and Obesity : A Comprehensive Handbook*, 141-144. NY: The Guilford Press.
- Stern, S. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. NY: Basic Books.
- Stern, S. (1989) The pre-narrative envelope: an alternative view of unconscious phantasy in infancy. Artículo presentado en el Seminario: *Psychoanalysis and Artificial Intelligence*, dirigido por André Haynal.
- Williams, G. (1997). *Internal landscapes and foreing bodies*. London: The Tavistock Series, Karnac
- Williams, G., Williams, P., Desmarais, J., Ravenscroft (2004). *Exploring Eating Disorders in Adolescents: The generosity and Acceptance (Vol. II)*. London: The Tavistock Series, Karnac
- Winnicott, D. W. (1936). *Apetito y trastorno emocional*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1945). *Desarrollo emocional primitivo*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1949). *La mente y su relación con el psiquesoma*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1954-1955). *La posición depresiva en el desarrollo normal*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1956). *La preocupación maternal primaria*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D.W (1963). *Fear of breakdown*. En: *Psychoanalytic explorations*. Londres, Karnak Books, 1989
- Winnicott, D. W. (1975). *El proceso de maduración del niño*. Barcelona: Laia.