

# LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UNA PATOLOGÍA RELACIONAL

LILLYANA ZUSMAN T

Bachiller en Lengua y Literatura (PUCP, 1982).

Licenciada en Psicología Clínica (PUCP, 1989).

Magister en Psicología Clínica (PUCP, 2001).

Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis (PUCP, 2005/6).

Miembro de la Asociación de Psicoterapia de Niños y  
Adolescentes de Lima. Actualmente se desempeña como

Psicoterapeuta especializada en temas  
de Desórdenes de la Conducta Alimentaria.

lillyanazusman@gmail.com PERUr

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

Zusman T L. (2015) Los desórdenes de la conducta alimentaria: una patología relacional

Intercambio Psicoanalítico 3 (1),

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: **UNA PATOLOGÍA RELACIONAL**

Lillyana Zusman T.<sup>1</sup>

---

1 Bachiller en Lengua y Literatura (PUCP, 1982). Licenciada en Psicología Clínica (PUCP, 1989). Magister en Psicología Clínica (PUCP, 2001). Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis (PUCP, 2005/6). Miembro de la Asociación de Psicoterapia de Niños y Adolescentes de Lima. Actualmente se desempeña como Psicoterapeuta especializada en temas de Desórdenes de la Conducta Alimentaria. [lillyanazusman@gmail.com](mailto:lillyanazusman@gmail.com) PERU

## Resumen

Los desórdenes de la conducta alimentaria son patologías relacionales. Se gestan en el vínculo temprano con padres que no han tenido la capacidad para pensar en sus hijos como seres diferentes y diferenciados y que no han posibilitado el libre desarrollo de sus funciones mentales y afectivas concomitantes a su desarrollo físico y emocional. Se pueden pensar como enfermedades psicosomáticas, patologías de déficit, patologías de acción. Cualquiera sea la lectura, son enfermedades modernas con un claro sesgo narcisista en las que el cuerpo dañado se presenta como un *enigma* a ser explorado en un vínculo terapéutico sostenido cuya función será devolver a estos jóvenes su cohesión y su vitalidad perdidas a lo largo del desarrollo.

*Si yo estoy bien, tomo el camino del deseo;  
Si estoy enfermo, no soy yo el que decide:  
es mi enfermedad*  
E. Cioran<sup>1</sup>

Actualmente, los desórdenes de la conducta alimentaria se comprenden como una de las nuevas *patologías del alma* (Kristeva, 1993); se pueden describir como *patologías de déficit con tendencia a la acción* (Bjørn Killingmo)<sup>2</sup>, de claro sesgo narcisista y clasificarlas dentro del rubro de *patologías borderline* (Kernberg, 1987, 1979). Se estructuran como defensas que protegen a un *self* pseudo estructurado con un lenguaje *hiper articulado* que pretende cubrir la evidencia de los vaivenes de la desintegración del *self*.

Los desórdenes de la conducta alimentaria pueden ser considerados como enfermedades *psicosomáticas*, toda vez, que contienen en su estructura manifestaciones psíquicas y somáticas así los síntomas físicos no tengan un asidero real en el cuerpo. La enfermedad psicosomática, que puede ser definida como un jeroglífico, revela trasposiciones somáticas de vivencias emocionales primitivas que dejan ver signos de fragilidad, desintegración, despersonalización y un sentimiento de que el mundo es irreal (Winnicott, 1949). Este tipo de enfermedades, sostiene Cristóforis (2006), revelan lo que pasa en la vida del paciente y su (pobre) capacidad para enfrentar dicha situación. Así, antes de averiguar por la(s) causa(s) de un desorden de la conducta alimentaria, habría que preguntarse por el sentido que tiene la enfermedad en la vida del paciente. Estas patologías suelen actuarse en la forma de comportamientos radicales de oposición y de acción que tienen el propósito de afirmar la autonomía, la madurez, la agresividad y la hostilidad del adolescente. Nos confrontan con jóvenes que llegan a la adolescencia con una falta de estructuración psíquica y mental cuyas raíces se encuentran en vínculos tempranos deficitarios que se gestan en un ambiente afectivo, social y cultural empobrecido que no favoreció la gesta de funciones mentales sólidas que les provea de un sentimiento de cohesión, vitalidad, equilibrio narcisista, capacidad para regular la tensión, capacidad para regular la autoestima, entre otros.

---

1 En: Nardone, G. (2004). Más allá de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Paidós

2 [www.psicoterapiarelacional.es/](http://www.psicoterapiarelacional.es/)

Documentación/AutoresDestacados/

BjørnKillingmo/BKillingmoReseñacurricular/  
tabid/147/Default.aspx).

Desde el nacimiento, el niño debe de ser pensado y cuidado por su madre. Es tarea de la madre, por un lado, proteger a su infante de las complicaciones que él no está en capacidad de resolver y ofrecerle; de manera sostenida, fracciones de mundo que él puede ir asimilando y comprendiendo paulatinamente. El infante identifica sobre estos cimientos y sobre una rutina constante, su objetividad frente a la realidad. Cuando a lo largo de la crianza, fallan los procesos de mentalización, *holding*, *reverie*, y cuando los elementos *alpha* no logran ser transformados en *beta* y ser “digeridos” como tales, la capacidad para transformar y abstraer se torna precaria. Si, además, los padres no alientan las destrezas de sus hijos para mirar a los otros y al medio ambiente, el infante tendrá pocas posibilidades de experimentar la existencia de dos mentes y tenderá a funcionar como si hubiera “una mente para dos” (McDougall, 1995) y, lamentablemente, también, *un cuerpo para dos*. En estas circunstancias, el cuerpo del infante no consigue ser representado como diferente y diferenciado al de la madre y no accede al reconocimiento de sus necesidades interoceptivas, menos aún a sus deseos.

Los padres que tienen problemas para contener, sostener y pensar a sus hijos presentan, también, dificultades para comprenderlos como seres diferentes y separados de ellos, con deseos y necesidades propias y con un carácter definido<sup>3</sup>. “*El pequeño que no haya dispuesto de una persona que recoja sus ‘pedacitos’ empieza con un hándicap su propia tarea de auto integración y tal vez no pueda cumplirla con éxito, o al menos pueda mantenerla confiadamente*”, dice Winnicott (1945. pp. 209). En este sentido, si los padres no alientan los procesos naturales de separación/individuación, si no facilitan ni dejan fluir el desarrollo natural y espontáneo, si proponen una *vinculación angustiante* y si la *privación materna* es sostenida (Bowlby, 1980), tenderán a restringir el crecimiento creativo del *self* infantil y a deslaminar su corporeidad en desarrollo así como a modelar relaciones inaccesibles, inseguras, en las que se gesta la angustia y la cólera<sup>4</sup> (G. Lanza Castelli, 2011).

3 La torpeza o la ausencia de una relación materno/filial sostenida puede determinar una suerte de privación materna (Bowlby, 1951) cuyos efectos conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente (Maternal care and mental health, 1951).

4 El niño tiende a sustituir el objeto perdido por otro equivalente para evitar la presencia del terror de la separación. Cuando esto ocurre, el niño no accede al proceso natural del duelo “mediante el cual entroniza por identificación el objeto perdido en la estructura del yo y el superyó” (Lutemberg, 2013: pp.64) y congela su mente (Lutemberg, 2013), desconectándose de la fuente de sus sentimientos y emociones conflictivas para interesarse sólo por los estímulos que vienen del afuera, con los cuales, por lo general establece vínculos

simbióticos (Lutemberg, 2013) o relaciones adhesivas (Álvarez, 2002) de los cuales no son conscientes. La patología que, por lo general, aparece encubierta revela la compleja interacción entre los traumas precoces no resueltos, sus defensas y sus fantasías (primarias y secundarias) así como la dificultad para vivir los duelos. En este sentido, el congelamiento mental se constituye como una defensa que intenta compensar otras afecciones primarias de diversa naturaleza a las que subyace una angustia aterradora.

Estos niños, expuestos a fallas históricas que devienen en estructurales, aprenderán a vivir a caballo entre experiencias neuróticas y psicóticas y tendrán que ir acomodando sus defensas y fantasías de la manera más adecuada posible para subsistir en el *mundo de los otros*... una ruptura dura y dolorosa al estado narcisístico predominante<sup>5</sup> y optarán por organizarse un sistema defensivo para escindir y desligarse (así sea parcialmente) de situaciones agresivas, hostiles, incongruentes que los confrontan al caos. A través de la *escisión* encuentran una salida satisfactoria para conseguir el detenimiento de la evolución de la mente o, en su defecto, un sobre funcionamiento (patológico) de la misma. Y es que, la vulnerabilidad narcisista de quienes no han contado con una madre “suficientemente buena” (Winnicott, 1994)<sup>6</sup>, capaz de generar una organización jerárquica de impulsos en la que los aspectos pre edípicos y pre genitales queden postergados en aras de una estructura sólida y saludable del *self*, fomentará una representación frágil del *sí mismo* que dificultará que la representación del *self* corporal no se consolide adecuadamente. En estas circunstancias, el yo queda fragmentado en porciones diferentes que no interactúan entre sí pero que tienen una vida propia, limitada a las circunstancias que se pueden digerir (Lutemberg, 2007).

La continuidad existencial es la base de la fuerza del yo; cuando ésta se ve interrumpida, se produce una suerte de deformación psicótica de la organización individuo-medio y las consecuentes defensas que intentas prevenir al infante de la “angustia impensable” (Gamarra Morgenstern, 2014).

5 Al igual que en la vida cotidiana, a lo largo de la sesión terapéutica, el paciente pasa por momentos neuróticos, en los que puede interpretar sus resistencias y conflictos, y, por momentos psicóticos, en los que lo importante no es interpretar, sino más bien, acompañarlo a encontrar y a reconocer su aparato mental que lo ayudará a pensar y a sentir L. Minuchin (2008). Lutemberg (2007) sugiere que en una misma sesión pueden co-existir dos tipos de silencio: aquél que evoca ausencia y que está ligado a la represión y aquél que expresa un vacío sordo. Cuando el silencio es expresión del vacío mental, la conducta técnica está centrada en la tarea de edición transferencial....Los pacientes graves conviven con su patología escindiendo su Yo y fragmentándolo en distintas parcialidades sectoriales que jamás interactúan entre sí.

Cada segmento del Yo aloja una concepción de mundo interno y del mundo externo que resulta incompatible con otras. Entre dichos sectores escindidos se encuentra el correspondiente vacío mental estructural. Se trata de un estado virtual de vacío mental pues los vínculos simbióticos (simbiosis secundaria) lo compensan y simultáneamente lo ocultan. Muchas veces, esta difícil tarea se realiza en silencio, asignándole al encuadre la posibilidad de configurar un espacio y al terapeuta, la tarea de constancia y solidez. Es, quizá, en el interjuego entre una estructura y una presencia, que el paciente podrá sentir que el caos y el terror se pueden vivir de manera más amable siempre teniendo el aliciente de la permanencia y de la confianza

6 D. W. Winnicott. “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador”. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Paidós, Buenos Aires, 1994. □

Winnicott (1949) sostiene que el crecimiento excesivo de la función mental es una consecuencia natural ante una maternización errática. Frente a un estado ambiental anormal, que amenaza la continuidad existencial del individuo, se genera una oposición entre la mente y el *psiquesoma* cuya consecuencia es que el pensamiento toma la organización, control y cuidado del mismo, que, en situaciones saludables, debiera ser función del ambiente. En estas circunstancias, el funcionamiento mental se transforma en "cosa" y reemplaza a la "madre buena" haciéndola innecesaria. En este sentido, la relación mente/psique se torna patológica y los síntomas físicos se constituyen como el escenario idóneo para sostener el desplazamiento del *dolor*. El cuerpo adolorido, *enfermo*, se constituye en un foco puntual del que se puede hablar, al cual se puede mirar, al cual se puede tratar así como un distractor atemporal de un *psiquesoma* inhibido en su capacidad potencial.

Estas dificultades trasladadas al vínculo alimenticio, que es la primera experiencia de relación del infante, determinarán que el niño incorpore mentalmente a su madre en equivalencia a la comida (como representación de "cosa"), cuando, naturalmente, debiera incorporarla como un *símbolo* nutricional, externo y diferente, a partir de su capacidad mental transformadora. El conjunto de esta falla estructural inhibe al infante a acceder a espacios de simbolización que favorezcan paulatinamente el manejo de los impulsos y de las necesidades instintivas, restringe la diferenciación del *self* corporal y del *self* psicológico y dificulta el acceso a los modos simbólicos de pensamiento, para establecer empatía con los *otros de su entorno*, para regular asertivamente sus emociones, para referirse a sus estados emocionales internos y para comprender los estados emocionales de quienes están en su entorno. Así mismo, cuando falla la congruencia en el proceso de mentalización, algunas representaciones que requieren cierto grado de tolerancia y/o de abstracción no encontrarán correspondencia con el estado constitucional interno del niño, por lo que éste rechaza contactarse mental y psicológicamente con sus figuras de apego y eludir los sentimientos hostiles que surgen del vínculo<sup>7</sup>. Quienes presentan un desorden de la conducta alimentaria se han visto en la necesidad de desarrollar un *yo precoz* como un intento de resarcir la falta de una organización primaria que se asienta como la base para la desintegración (Winnicott, 1945).<sup>8</sup> El cuerpo anoréxico habla por sí mismo; revela la vacuidad de contenidos, se erige como una protesta, como un monumento al dolor. El cuerpo bulímico negocia el dolor desde la ambivalencia de la incorporación y la expulsión de los sentimientos tolerables e intolerables.

7 El lenguaje que anuncia su desarrollo y revela su poder de conexión social y afectiva, se queda atrapado en lo concreto y operativo: la representación de cosa se mantiene dificultando el desarrollo de la representación de palabra (Freud, 1895).

8 Winnicott, D. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia

Estas patologías que, por lo general, aparecen encubiertas, revelan la compleja interacción entre los traumas precoces no resueltos, sus defensas y sus fantasías (primarias y secundarias) así como la dificultad para vivir los duelos. En este sentido, el *congelamiento mental* (Lutemberg, 2013) se constituye como una defensa que intenta compensar otras afecciones primarias de diversa naturaleza a las que subyace una angustia aterradora.

En el intento de buscar un denominador común que revele el fondo de tan dolorosas patologías, pensamos que quienes padecen de un desorden alimenticio han crecido en una situación en la que el contacto, la comunicación y la alimentación deben de haber sido ofrecidos través de un vínculo gaseoso y ambivalente, por padres limitados en su capacidad para dar y recibir, para brindar posibilidades y pautas seguras ante los procesos de separación e individuación y para elevar la proto comunicación a una comunicación de nivel simbólico. Los niños que han pasado por situaciones muy estresantes en las que han prevalecido esquemas interpersonales disfuncionales o estados afectivos tensionados suelen perder su capacidad reflexiva pre mentalizada y quedarse fijados a procesos cognitivos, imaginativos, atencionales y reguladores inmaduros sin llegar a realizar los procesos de transformación naturales en el desarrollo: la lenta maduración desde el pensamiento concreto hacia el pensamiento simbólico y abstracto. Un mecanismo frecuente que previene la amenaza del derrumbamiento y que se convierte en un *estado deseable* que, a su vez, genera dependencia, será quedarse "sin mente" y cargar al cuerpo con síntomas físicos toda vez que la mente está vacía y la psique dañada.

Si bien en la génesis de los problemas alimentarios está asociada a dificultades en los vínculos tempranos con la madre, el padre y el ambiente, es necesario preguntarse por las condiciones afectivas, sociales y culturales en las que el/la joven no logró, de manera resiliente, separarse y consolidar un *self* corporal y afectivo sólido y por qué tampoco pudo organizar, a lo largo del desarrollo, los aspectos de su mente a través de un funcionamiento armónico resistente y flexible a las múltiples re-estructuraciones del desarrollo y llegar a la adolescencia con una identidad sólida y una mente madura.

¿Qué ocurre con un adolescente que llega a la pubertad y se descubre en un cuerpo en vías de modificación constante, con expectativas que no sabe si serán cumplidas y con nuevas reglas de juego en lo familiar, social, académico, afectivo y mental?. ¿Cómo articula su *self* mental y corporal un adolescente que no ha tenido una experiencia de apego y de mentalización de la que se haya sentido reflejado y conectado con los aspectos mentales, corporales y afectivos de su desarrollo? **¿Cómo** afecta la experiencia transgeneracional del sistema familiar a la totalidad del *self*? ¿Cómo encuentra su *self* el adolescente que se defendió de las vivencias de terror, sea por abandono, maltrato, indiferencia de sus cuidadores y que se inventó una coraza para crecer inmune a semejante

dolor emocional? ¿Qué ofrece una sociedad a un joven que llega a la adolescencia sin un aparato propio para pensar y sin la capacidad para identificar y para nombrar los diferentes aspectos del sentir?

Siendo los desórdenes de la conducta alimentaria una de las formas de ataque al psiquesoma, éstos representan memorias de situaciones que han exigido reacciones excesivas y que se han resuelto a través de un tipo de funcionamiento mental tóxico, adictivo y dañino en los que se ha realizado una operación mental de equivalencia de los fallos del medio ambiente con los fallos del *self*. Es como si estos pacientes hicieran responsable a su *self* de los fallos del ambiente (Winnicott, 1949). En este sentido, siendo la adolescencia un tiempo de re-ediciones de las vivencias infantiles sobre un cuerpo nuevo en vías de formación y de re-organización, los síntomas alimenticios denuncian las memorias no metabolizadas de la infancia que amenazaron la continuidad del *self*, una suerte de *acting out* que pone de manifiesto la fragmentación de la realidad psíquica y el exceso de actividad mental.

#### Bibliografía

- Álvarez, A. (2002). *Una presencia que da vida: Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bowlby, J. (1980), *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. Texas: Basic Books.
- Crisp, A. (1997). Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the model. En: Garner, D. & Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treating for Eating Disorders*. NY: The Guilford Press.
- Freud, S. (1895). Proyecto de una psicología para neurólogos. En: *Obras Completas*. Traducción López Ballesteros.
- Gamarra Morgenstern, B. (2014). *El sujeto creado. La creación del self y la intersubjetividad en Winnicott*. Lima: Causes Editores.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Boston: Harvard Press.
- Goodsitt, A. (1997). Eating Disorders: A self-psychological perspective. En: Garner, D & Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treating for Eating Disorders*. NY: The Guilford Press.
- Kernberg, O. (1988). *Desórdenes fronterizos y narcisismo*. Mexico: Paidós.
- Kristeva, J (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. España: Cátedra.
- Laufer, M. (1997). *Adolescent Breakdown and Beyond*. London: Karnac Books.
- Lutemberg, J. (2013). *La mente congelada*. Lima. Cauces Editores.
- Lutemberg, J. (2007). *Teoría y clínica del vacío emocional*. Lima: Siklos.
- Minuchin, L. (2008). Funcionamientos neuróticos y psicóticos de la mente. Desarrollos post freudianos: sus implicancias clínicas. Curso Virtual APdeBA.
- Mc Dougall, J. (1995) *Teatros del cuerpo*. España: Julian Yebenes SA.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Paidós.
- Sugarman, A. (1997). Bulimia: A displacement from psychological self to body self. En: Garner, D & Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treating for Eating Disorders*. NY: The Guilford Press.
- Winnicott, D. (1931,1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.