

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL FUROR CURANDIS

OS TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTAR E O FUROR CURANDIS

EATING DISORDERS AND THE FUROR CURANDIS

Mjackeline Morgan
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima
ORCID: 0009-0003-3360-7773
Correo electrónico: M_jackie16@hotmail.com

Flavia Pareja
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima
ORCID 0009-0006-8463-6680
Correo electrónico: Flavia.pareja@gmail.com

Fecha de recepción: 15/08/2025
Fecha de aceptación: 22/09/2025

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

Morgan J. - Pareja F. (2025) LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL FUROR CURANDIS

Intercambio Psicoanalítico 16 (2), DOI: 10.60139/InterPsic/16.2.5

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL FUROR CURANDIS

Jackeline Morgan¹

Flavia Pareja²

1 Co-fundadora de Libra, Programa multidisciplinario de tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Licenciada en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Lima. Psicoterapeuta Psicoanalítica graduada del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima. Estudio de especialización en herramientas para el Tratamiento de los Trastornos Alimentarios en la Universidad Sergio Arboleda, Colombia.

2 Co-fundadora de Libra, Programa multidisciplinario de tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bachiller en Economía de Pontificia Universidad Católica del Perú. Magister MBA del Instituto de Empresa, Madrid. Psicoterapeuta Psicoanalítica egresada del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima. Estudios en Terapia de Artes Expresivas en TAE Lima y en Herramientas para el tratamiento de los TCA en la Universidad Sergio Arboleda, Colombia.

Resumen: Se propone una lectura de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como modos defensivos del sujeto por sostenerse psíquicamente frente al “terror al derrumbe” Winnicott (1974) o ante la emergencia del “funcionamiento psicótico” Bion (1957). El efecto estabilizador del TCA podría llegar a situar al síntoma como núcleo de una identidad, en la que el sujeto se reconoce y se sostiene.

Entre los desafíos de la clínica actual, advertimos acerca de los peligros del furor curandis, esa urgencia por intervenir rápidamente para eliminar un síntoma. En los TCA el síntoma se suele reflejar en un cuerpo en riesgo de vida, que puede generar una contratrasferencia intensa en el terapeuta. Intentar erradicar el síntoma, sin considerar su función estructurante, podría tener efectos iatrogénicos, pudiendo generar vivencias de pérdida de identidad en el sujeto.

Considerando algunos fundamentos teóricos como el Pictograma de Aulagnier y la Parte Psicótica de la Personalidad de Bion, revisamos un caso que hace parte de la experiencia clínica de abordaje interdisciplinario con las siguientes especialidades: medicina, psiquiatría, nutrición, terapia individual, terapia de familia y terapia de artes expresivas. A la luz de este caso, reflexionamos en torno a la pregunta ¿qué hacer en la clínica cuando el TCA cumple una función estructurante frente a la amenaza de un desborde psicótico?

Palabras claves: TCA, furor curandis, episodio psicótico, cuerpo

Resumo: Propõe-se uma leitura dos Transtornos Alimentares (TCA) como modos defensivos do sujeito para se sustentar psiquicamente diante do “terror do colapso” Winnicott (1974) ou diante da emergência do “funcionamento psicótico” Bion (1957). O efeito estabilizador do TCA poderia chegar a situar o sintoma como núcleo de uma identidade, na qual o sujeito se reconhece e se sustenta.

Entre os desafios da clínica atual, alertamos sobre os perigos do furor curandis, essa urgência de intervir rapidamente para eliminar um sintoma. Nos TCA, o sintoma costuma se refletir em um corpo em risco de vida, o que pode gerar uma contratransferência intensa no terapeuta. Tentar erradicar o sintoma, sem considerar sua função estruturante, pode ter efeitos iatrogênicos, podendo gerar vivências de perda de identidade no sujeito.

Considerando alguns fundamentos teóricos como o Pictograma de Aulagnier e a Parte Psicótica da Personalidade de Bion, revisamos um caso que faz parte da experiência clínica de abordagem interdisciplinar com as seguintes especialidades: medicina, psiquiatria, nutrição, terapia individual, terapia familiar e terapia de artes expressivas. À luz desse caso, refletimos em torno da pergunta: o que fazer na clínica quando o TCA cumpre uma função estruturante diante da ameaça de um transbordamento psicótico?

Palavras-chave: Transtornos Alimentares, furor curandis, transbordamento psicótico, corpo

Abstract: This paper proposes an interpretation of Eating Disorders (EDs) as defensive mechanisms that help the subject remain psychically grounded in the face of what Winnicott (1974) referred to as the “terror of breakdown,” or when confronted with the emergence of a “psychotic functioning” as described by Bion (1957). The stabilizing effect of an ED may become so central that the symptom itself acts as the core of an identity through which the subject can find recognition and support.

Among the current challenges in clinical practice, we warn of the risks posed by the *furor curandis*—the compulsion to intervene rapidly in order to eliminate symptoms. In EDs, symptoms are often reflected in a body at risk of death, which can provoke intense countertransference reactions in the therapist. Attempting to eradicate the symptom without considering its structural function may lead to iatrogenic effects, including a profound sense of identity loss for the patient.

Drawing on theoretical foundations such as Aulagnier’s Pictogram and Bion’s concept of the Psychotic Part of the Personality, we discuss a clinical case from an interdisciplinary approach involving medicine, psychiatry, nutrition, individual therapy, family therapy, and expressive arts therapy. Considering this case, we reflect on the question: What actions can be taken in clinical practice when an eating disorder functions as a structural organizing principle in the context of an imminent psychotic breakdown?

Keywords: Eating Disorders, *furor curandis*, psychotic breakdown, body

Desafíos Actuales

Los desafíos que nos plantea la clínica de los TCA, hoy son más urgentes que nunca. Según un artículo publicado en el 2021 por el Diario El Peruano, los datos reportados por el Ministerio de Salud (MINSA), desde el año 2020 se presentó un incremento considerable del número de menores diagnosticados con estas patologías en el Perú. Antes de la pandemia por Covid19, dos de cada diez pacientes tenían un diagnóstico de TCA. Post pandemia, ese número llegó a cinco de cada diez, según la misma fuente. Se reportó también que la edad de diagnóstico promedio de TCA estaba entre los 15 y 16 años, pero que durante la Pandemia se empezaron a atender casos, con mayor frecuencia, desde los 11 años, presentando mayor gravedad de síntomas.

Este crecimiento alarmante no sólo refleja un fenómeno cuantitativo, sino también una mayor complejidad de los cuadros clínicos. Se observan depresiones severas, estados de hiper-ansiedad, desregulación emocional, autolesiones, intentos suicidas, entre otros. Esto nos hace pensar, a partir de nuestra experiencia en la clínica de TCA, en la fragilidad estructural presente en etapas precoces del desarrollo y en la emergencia de fallas en los procesos de simbolización y contención, desde los primeros vínculos. Venimos recibiendo pacientes con diagnóstico de ARFID (Avoidant/restrictive Food Intake Disorder) desde los siete años.

Se conforma así, un entramado psicosomático que exige intervenciones sostenidas y cercanas, con una línea de abordaje interdisciplinario coordinado y una mirada psicoanalítica capaz de comprender la singularidad subjetiva y el sentido del síntoma en cada caso.

Desde la práctica psicoanalítica, podría ser tentador poner foco en “hacer desaparecer” el síntoma, con el objetivo de aliviar, intervenir o “reparar” el sufrimiento del paciente. Es aquí donde se hace necesaria una advertencia acerca del *furor curandis* o impulso curativo, no sin antes mirar la singularidad subjetiva y la estructura psíquica de cada caso. Donald Winnicott, señala que: “Una madre suficientemente buena no se apresura a curar. Soporta el sufrimiento del bebé sin apresurarse a eliminarlo. Del mismo modo, el analista debe soportar el sufrimiento del paciente sin responder con impulsos curativos” (Winnicott, 1947/1952, p. 106).

En el abordaje de los TCA, el *furor curandis*, adquiere una dimensión particularmente delicada en la que el cuerpo se presenta en estado de urgencia médica y con un riesgo vital. Es así que la urgencia por curar podría representar un obstáculo clínico disfrazado de buena intención, especialmente en casos en los que el síntoma es estructurante. Esta situación podría desestabilizar al paciente y propiciar regresiones antes de tiempo, es decir, antes de que la alianza terapéutica y el Yo del paciente estén lo suficientemente preparados para sostener un movimiento psíquico importante. En estos casos, en lugar de promover una elaboración, se corre el riesgo de provocar una intensificación del sufrimiento o colapso de defensas, lo que puede llevar a una intervención iatrogénica. El sujeto quedaría expuesto al retorno de lo traumático.

Algunas consideraciones teóricas

Piera Aulagnier (1975), en su teoría del pictograma, da cuenta de los primeros momentos de la construcción del psiquismo, el proceso “originario”, anterior a los procesos primarios y secundarios. Los pictogramas son una conjunción de 1. una zona corporal con una necesidad, 2. un objeto que la satisface y 3. el placer de esa experiencia. Dado que el *infans* no diferencia mundo interno de mundo externo, la zona corporal y el objeto quedan unidas en una sola estructura “zona objeto”. De la conjunción de los tres elementos mencionados emerge una huella, una

marca psíquica. Con la repetición del placer en cada "zona objeto", se da lugar a la "zona erógena". El objeto primordial dará sentido a esas zonas, permitiendo que se arme un cuerpo. La zona objeto podría no recibir suficiente placer. Si hay mucho displacer, se puede formar un pictograma de rechazo, que afecta a la zona, al objeto e incluso al cuerpo, generando vacíos en la trama de la construcción psíquica:

Si no hay circulación de una experiencia de placer común por la vía del cuerpo, la psique del *infans* no recibirá "el alimento" placer que necesita, en una forma apta para asimilarlo o metabolizarlo. Habrá presencia de placer, pues sin esta energía vital el aparato psíquico no podría funcionar, pero su calidad y propiedades se traducirán en anomalías (Aulagnier, 1986/1994, p. 160).

Para casos de TCA, podríamos pensar que el aparato psíquico está cargado de anomalías que no logran traducir las experiencias primitivas en imágenes representables placenteras. Es común recibir pacientes que sienten una disconformidad permanente con su cuerpo e imagen corporal, no dando lugar al placer. Esto nos llevaría a pensar en una ruptura entre el cuerpo vivido y el cuerpo representado, al vacío en la trama de la construcción psíquica a la que Aulagnier hace referencia.

Wilfred Bion plantea en los trabajos desarrollo del pensamiento esquizofrénico (1955) y diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas (1957), una base para las conclusiones sobre su clínica con pacientes esquizofrénicos. En estos trabajos propone que tanto el neurótico como el psicótico tienen dos funciones mentales a las que llama Parte Psicótica de la Personalidad (PPP) y Parte no Psicótica de la Personalidad (PnPP) (Bion, 1957, p.64). Dependiendo del predominio de una de dichas funciones sobre la otra, la persona tendrá características más neuróticas o más patológicas.

Al decir que los TCA pueden ser defensa ante un desborde psicótico, planteamos que éstos son una maniobra de solución que busca evitar que la PPP se apodere de la psique del sujeto. Previene de una desorganización que pudiera dar lugar a un "terror sin nombre":

Este terror puede provenir de relaciones muy conflictivas que ha tenido (el niño) en su infancia con una madre que ha carecido de la capacidad de reverie, es decir, de haber podido *recibir* y contener sus ansiedades (entre otras, el miedo a morir que experimenta el niño) y de haber logrado transformarlas y devolverlas a su hijo en forma más mitigada y tolerable (Grinberg, 1983, p. 56)

Otra idea que nos plantea el mismo autor es que la deformación en la percepción sobre el propio cuerpo es explicada por la importancia de una madre continente para que el niño se pueda contener a sí mismo. Si esto no se da, el sujeto pierde la idea de sus propios límites corporales, como suele suceder con la distorsión de la imagen corporal en casos de TCA:

El niño tiene necesidad de una madre continente, con la cual pueda identificarse, de modo de sentirse suficientemente contenido dentro de su propia piel, como para poder soportar la separación de la madre sin temer que su self corporal se desintegre... debido a la carencia de una madre continente, siente que la función psíquica de su piel tampoco es continente y teme desintegrarse. Hay ocasiones en que el paciente llega a experimentar la pérdida de sus límites corporales como una disolución total en la que ni siquiera el espacio astronómico sería suficiente para contenerle; percibe entonces una angustia catastrófica equivalente a que todos sus contenidos, órganos, pensamientos e ideas se desparraman, se licúan, se drenan y se pierden en la inmensidad del espacio. (Grinberg, 1983, p. 64)

Donald Winnicott (1974), plantea en su artículo el miedo al derumbe, que lo que se experimenta en el colapso no es únicamente una crisis emocional actual, sino una vivencia de vacío psíquico, de desintegración subjetiva, de pérdida del sentido de ser. No se trata simplemente de estar mal, sino de una experiencia en la que se desmorona la estructura interna que sostenía su continuidad.

Para evitar el colapso, la persona no logra desarrollar un sentido de sí mismo, sino que crea una máscara desde la que se relaciona con el mundo buscando aprobación externa, desconectándose de su propio deseo, sobre-adaptándose, formando un falso self. "El falso self no está interesado en la vida; su preocupación es mantener las apariencias. Se adapta a las demandas externas, pero no tiene raíces en la espontaneidad del individuo". (Winnicott, 1993 p. 140-152).

Por su parte, Erik Erikson, en su estudio sobre el desarrollo del Yo, plantea que, "La confusión de identidad conlleva una incapacidad para mantener un sentido consistente de uno mismo. Cuando falta una identidad estable, los individuos tienden a aferrarse a roles o conductas rígidas como intento de establecer continuidad del ser." (Erikson, 1950/1987, p. 235).

La rigidez en el TCA suele sentirse en las sesiones. El discurso suele girar en torno a lo concreto del alimento, las calorías o el ejercicio. Se impone de forma repetitiva, casi rumiativa. Esta circularidad del lenguaje dificulta el ingreso al mundo interno del paciente, intentando mantener el vínculo terapéutico sobre la superficie. Podríamos pensar que esta dinámica defensiva responde, en parte, al profundo temor que muchos de estos pacientes experimentan frente a la posibilidad de confiar en un otro, de entregarse a una relación de reconocimiento y de alteridad.

Así, el TCA puede ser visto, no solo como un trastorno del comportamiento alimentario, sino como una modalidad de ser, relacionarse y estar en el mundo cuando no hay un self suficientemente integrado. El síntoma puede tomar entonces una función estructurante, aunque paradójica, al intentar sostener una continuidad identitaria que no pudo consolidarse en un vínculo temprano.

A la luz de la clínica

Andrea, una adolescente con diagnóstico de bulimia nerviosa, depresión y una estructura limítrofe, inició su tratamiento de manera presencial, antes de un viaje de intercambio escolar en el extranjero. Una vez fuera del país, continuó en modalidad online.

La paciente venía cumpliendo las expectativas de su entorno, especialmente de sus padres, quienes proyectaron en ella la imagen de la hija perfecta. Encontró en sus logros escolares y en el reconocimiento social un anclaje que le permitió continuar conectada con la vida. La mirada del otro le otorga sentido a su existencia.

A lo largo de las sesiones se empezaron a observar conductas “bizarras”, acompañadas de un pensamiento rumiante y obsesivo. Esta situación la llevaba a no poder dejar algo a medias, con la premisa de terminar lo que había iniciado. Por ejemplo, si se comía parte de un helado y botaba el envase a la basura, al día siguiente, sentía el impulso de sacarlo del basurero para terminarlo. En cuanto a su higiene, durante los momentos de crisis, pasaba varios días sin bañarse, lavarse la cara ni los dientes.

Estas conductas iban llamando la atención del equipo sobre las cualidades de su psiquismo y la posibilidad de que el funcionamiento predominante sea el de la Parte Psicótica de la Personalidad (PPP). Su TCA podría ofrecer una estructura de defensa evitando que la PPP tome el control de su psique. En ese sentido, intervenir rápidamente sobre la conducta alimentaria, a priori, podría haberla desorganizado aún más.

Haciendo referencia a Erikson, podemos pensar que el síntoma bulímico le provee una identidad, cumple la función de resguardo ante el no saber quién es, ante la falta de sentido consistente de ella misma. “Cuando me atraco de comida, vomito, no me baño, todo eso me hace sentir como en un lugar seguro. Me siento en paz, calma y tranquilidad”. En ese momento llega Soledad, que es el nombre que Andrea le ha puesto a quien ella siente que es durante los momentos de crisis. Esta representación la aleja de la figura de perfección, estructura y pulcritud que ha construido la familia. Andrea siente que le permite diferenciarse.

El equipo también identificó que Andrea no tenía los suficientes recursos emocionales y psíquicos para contenerse a sí misma. En ese sentido, solicitó un acompañante que asegure el cumplimiento de la medicación, rutinas alimentarias y apoyo emocional permanente. Los padres asignaron a un familiar cercano para que brinde ese apoyo.

Al poco tiempo de haber iniciado los estudios, Andrea decide que ya no quería estar ahí, que en realidad había ido porque los padres querían. Esto surgió como parte del movimiento psíquico generado por el proceso terapéutico, a través del cual pudo reconocer que su elección anterior respondía más al deseo de sus padres que al suyo propio.

Esta decisión la confrontó con una sensación de decepción hacia ellos, quienes le hicieron saber que ya no existía motivo para continuar con su estadía en el país de intercambio. Para Andrea, esta situación fue vivenciada como “un castigo”, lo que desencadenó un ánimo depresivo con presencia de conductas compulsivas como atracones, vómitos e ideación suicida.

El equipo tratante indicó, en coordinación con los padres, la necesidad de que Andrea regresara a Lima para continuar su tratamiento de manera presencial. El proceso de retorno se organizó en un mes aproximadamente. Este tiempo, pudo haber servido para elaborar la idea de retorno a Perú. Sin embargo, la predominancia de la PPP, dio lugar a que Andrea negara y renegara hasta el último momento su retorno. No preparó su maleta, sostenida en una fantasía omnipotente de control y desconexión de la realidad, pensando que sus padres cambiarían de opinión y le permitirían quedarse.

Al volver a Lima, Andrea intentó suicidarse. La forma fue calculada al detalle. El equipo percibió un sentido perverso en su planificación. Eligió su ropa pensando en cómo quería ser encontrada. El diario que ella escribía y cuidaba con recelo, fue dejado sobre la mesa del comedor de manera premeditada. Una de las hermanas manifestó sorpresa al encontrar en el diario contenido muy agresivo en relación con su familia y amigos. Por otro lado, refirió que la notó “rara” la noche anterior, la vio tomando una copa de vino, algo que no solía hacer, mientras esbozaba una sonrisa “triumfal”. Andrea ingirió más de veinte pastillas.

La presencia de un falso *self*, en el que se ha priorizado la complacencia, y en el que ella se ha convertido en la versión idealizada del deseo de otro, muestran un intento de sentir que existe para el otro, que puede ser mirada, escuchada, deseada. Pero en la medida en que esta imagen se quiebra, con el abandono del intercambio estudiantil, su forzado regreso a Perú y la caída del ideal, se desmorona el sostén mismo de su identidad. Lo que aparece entonces es el vacío, el terror de no saber quién es realmente.

Andrea señaló:

Siento que mi vida no tiene sentido. Estoy cansada de que nada me haga sentir mejor, de los pensamientos negativos que no me dejan tranquila. La única forma de sentirme libre es dejando este mundo, en el que nadie me entiende. No quiero ver a nadie, no quiero hablar, no me importa nada. Solo quiero morir... Soy la mejor hija, la mejor hermana, la mejor amiga, la mejor pareja. Trato de ser lo que imagino que quieren que sea para que me quieran y, entre tanto, al final no sé quién realmente soy.

Cuando el entorno no permite la emergencia del self, la subjetividad queda atrapada en los deseos de los otros significativos, sin espacio para diferenciarse ni construirse como sujeto autónomo. La experiencia del trauma original suele irrumpir e imponerse fijando al sujeto a etapas muy tempranas. No se trata simplemente de falta de afecto, sino de una falla en la función de sostén emocional y simbólico. Como sabemos desde Winnicott, el bebé no puede existir psíquicamente sin un otro que lo mire, lo nombre, lo reconozca como sujeto distinto de sí mismo.

Considerando la postura de Piera Aulagnier en relación con el pictograma, podemos ver en Andrea una ruptura entre el cuerpo vivido y el cuerpo representado. Un cuerpo que aparece como único vehículo expresivo: en la bulimia, en el repliegue narcisista, en el descuido higiénico, en ingerir basura, en el intento de suicidio. Su acto no solo comunica, sino que reemplaza el lenguaje. "Cuando no hay inscripción psíquica posible de la experiencia, el cuerpo deviene lugar de la escena, de la repetición, del llamado" (Aulagnier, 1975, p. 304). De esta manera, el cuerpo terminaría siendo esa superficie de inscripción de aquello que no encuentra vía de simbolización.

Pensamos que la bulimia de Andrea no es su principal problema, sino un síntoma que la viene sosteniendo. Intentamos no actuar bajo la lógica del *furor curandis*, aun cuando la contra-transferencia se sienta intensa, demandante y con una gran preocupación por conectarla a la vida y a la salud.

En ese sentido, como equipo venimos priorizando una mayor frecuencia de sesiones de psiquiatría, terapia individual y de familia. El enfoque en el espacio de nutrición se orienta a establecer rutinas a través del alimento, que sirvan como continente y coadyuven a su organización psíquica, más que a medir logros en la conducta alimentaria. En esta etapa no estamos enfocados en eliminar el síntoma sino en acompañarla y sostenerla, vía reverie, en su proceso de subjetivación. En ese camino, esperar a que emerja la representación de aquello que no puede ser pensado, hablado y también a generar los recursos que la ayuden a afrontar la realidad de una manera más adaptativa.

Reflexiones sobre la experiencia clínica

En muchos de los casos de pacientes con TCA, observamos que las fallas tempranas en el proceso de subjetivación generan serias dificultades en la constitución de la identidad. El sujeto no sabe quién es realmente, ni qué lugar ocupa en el mundo más allá de las expectativas del otro. En este vacío, el TCA se convierte en una suerte de ancla identitaria.

A partir de lo expuesto, nos surge una pregunta fundamental: ¿qué hacer en la clínica cuando el TCA cumple una función estructurante frente a la amenaza de un desborde psicótico?

En primer lugar, como ya señalamos, es crucial tener cuidado con el *furor curandis*. En estos casos, más que intervenir para suprimir el síntoma, es necesario tomarse un tiempo para que el equipo tratante logre identificar la función del mismo. Es decir, qué tan estructurante resulta en la psique del sujeto, qué tanto el síntoma representa su identidad, qué tanto el TCA es parte de la PPP que defiende de un brote psicótico.

Por otro lado, es necesario que el equipo tratante analice y haga hipótesis sobre el sentido del síntoma, el cual puede ir adquiriendo nuevos sentidos a lo largo del tratamiento. Nos preguntaremos qué lugar y representación tienen el síntoma para el paciente y su familia. Puede ser que el síntoma intente invocar a un padre ausente o que genere un interés común en torno al que la familia se organiza y sostiene. Puede ser que el vómito represente una descarga pulsional, como un orgasmo, o puede ser que la restricción en la ingesta represente un intento de individuación, o que un atracón represente un goce mortífero al no tolerar la realidad externa, por mencionar algunos ejemplos.

Además, es necesario trabajar sobre la función simbólica de la "comensalidad", concepto desarrollado por Domenico Cosenza (2019), en el que hace referencia a la práctica de comer juntos, a que el acto de compartir la mesa y los alimentos crea lazos sociales y fortalece la identidad de un grupo. No solo implica compartir comida, sino también compartir experiencias, valores y cultura.

En segundo lugar, esta pregunta nos lleva a replantear los modos de abordaje, considerando la prevalencia de comorbilidades. Los TCA suelen estar acompañados de otras patologías, como cuadros de depresión, ansiedad generalizada, trastorno limítrofe, neurodivergencias, entre otros. Estos pacientes, ante situaciones de frustración o pérdida, pueden actuar intentos suicidas, brotes psicóticos, desregulación emocional, conductas bizarras, etc.

En ese sentido, se hace necesario un modelo de intervención que priorice la comunicación permanente entre las diferentes especialidades, la participación multidisciplinaria en las supervisiones y las coordinaciones para las intervenciones en crisis. De esta manera, es posible dar un único mensaje al paciente y a su familia. El trabajo interdisciplinario no sólo los sostiene a ellos, sino también a cada especialista dentro del equipo.

Además, venimos integrando modelos de intervención en crisis que complementan el abordaje psicoanalítico. Estas estrategias, siempre singulares y con intervenciones claras y directas, apuntan a otorgarle al paciente herramientas básicas y funcionales de sostén frente a situaciones de riesgo y desbordes afectivos, sin perder de vista la dimensión simbólica del proceso.

En el caso de Andrea, el trabajo en equipo y la supervisión permanente, permitieron elaborar indicaciones consensuadas. Fue necesario recurrir a firmas de compromisos adicionales por la salud, la vida y el tratamiento, tanto del paciente como de la familia. Además, se dieron intervenciones especiales en crisis en coordinación con psiquiatría, así como comunicación permanente en el espacio de familia.

En tercer lugar, el encuadre debería poder sostener el riesgo de que el paciente sienta el espacio terapéutico como intrusivo o amenazante. En este contexto, el vínculo puede ser atacado de manera persistente. Este ataque no se dirige al terapeuta como persona, sino a aquello que el encuadre representa: la posibilidad de que emerja el pensamiento, la representación, el afecto. La palabra misma puede ser vivida como una amenaza y el terapeuta necesitaría poder tolerarlo.

Finalmente, el proceso de subjetivación se debería tornar en el objetivo fundamental del camino hacia la recuperación. Así, la persona podría empezar a narrar su historia, a inscribir sus experiencias en una temporalidad psíquica propia, es decir, a historizarse. "La historización permite al sujeto salir de la repetición muda del acto para inscribirse en una historia que pueda ser contada" (Kaës, R., Faimberg, H., Enríquez, M. & Baranes, J.J, 1996, p. 22). Esto implica pasar de una posición de objeto pasivo del deseo del otro, a una posición de sujeto, capaz de asumir su propia palabra, su deseo y su responsabilidad. Se trata, en ese tránsito, de abandonar la vivencia de culpa, asociada al TCA, que no alcanza representación, para construir una posición más adulta frente a la propia existencia.

Green (1986/1990), plantea la importancia de hacer el duelo de los padres de la infancia, es decir, renunciar al ideal infantil de unos padres omnipotentes, protectores e incondicionales, para asumir la imagen de los padres reales, con sus faltas, límites y deseos propios. Este trabajo psíquico, muchas veces doloroso, es indispensable para que el sujeto pueda separarse del lugar de objeto infantil.

De esta manera, no podemos dejar de considerar la importancia del trabajo con la familia y el sentido que el síntoma cumple dentro del entramado familiar. El padecimiento del paciente no es solo una expresión individual, sino también una forma de decir algo que no puede ser articulado de otro modo en el discurso familiar. "El niño sintomático ocupa un lugar que le ha sido designado por el deseo del Otro. El síntoma está al servicio de una función en el grupo familiar" (Mannoni, 1967/1970, p. 65). Es decir, el niño o el joven se ubica como portavoz de una conflictiva que desborda, encarnando con su cuerpo, lo que no puede ser simbolizado en la escena familiar.

En el caso de Andrea, una de las problemáticas más evidentes en el entorno familiar es la ausencia de un lenguaje común. El lenguaje está oculto, encapsulado, así como Andrea misma: retirada, silenciada, actuando en lugar de decir. Cada miembro de la familia parece hablar un idioma diferente, con códigos propios, sin posibilidad de articulación emocional. No se comunican desde el lenguaje del afecto, actúan todos.

Los planes familiares, lejos de producir un acercamiento afectivo, generan mayor distancia. Se suelen actuar diferentes tipos de desborde, siendo los de alcohol y drogas los más frecuentes.

Green (1995), sostiene que cuando el lenguaje deja de representar la emoción, el objeto psíquico pierde su vigencia en el sujeto. La imposibilidad de simbolizar los afectos no solo bloquea la comunicación, sino que rompe los lazos, dejando a cada uno con una propia vivencia muda. En el caso de Andrea, el intento de suicidio, la comida y el cuerpo se convierten en el sustituto de ese lenguaje perdido. Un cuerpo que habla lo que no puede ser dicho, desde un síntoma que nombra lo que la palabra no alcanza.

Siguiendo a Mannoni (1967), Andrea aparece como la que convoca desde el síntoma, a repensarse como familia, a cuestionar los lugares que cada uno ocupa, a revisar los pactos inconscientes que los han estructurado. A través de los diferentes espacios en el programa, venimos intentando construir un lenguaje compartido dentro de la familia que permita la mirada, el reconocimiento mutuo y la emergencia de lo nuevo.

Referencias Bibliográficas

AULAGNIER, P. (1975), La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado (p.72). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1986/1994). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En L. Hornstein (Ed.), *Cuerpo, historia, interpretación* (p. 117-170). Buenos Aires: Paidós.

BION, W. (1955), Desarrollo del Pensamiento Esquizofrénico. En *Volviendo a Pensar*. Paidós 1977

_____ (1957), Diferenciación de las Personalidades Psicóticas y No Psicóticas. En *Volviendo a Pensar*. Paidós 1977

COSENZA, D. (2019), La comida y el inconsciente. *Psicoanálisis y trastornos alimentarios*. Ned Ediciones.

EL PERUANO. (2021), EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años.

Ed. digital: <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>.

ERIKSON, E.H. (1950/1987). *Infancia y sociedad* (p.235). Buenos Aires: Paidós

GREEN, A. (1995). *El lenguaje en el psicoanálisis* (1ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1986/1990). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

GRINGBERG, L. (1983) *Enfoque de la Psicosis desde el Vértice de Bion*. Presentado en «Seminario sobre las Psicosis». Cátedra Lafora-Mira. San Sebastián.

MANNONI, M. (1967/1970). *El niño, su "enfermedad" y los otros* (1ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.

KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRÍQUEZ, M. & BARANES, J.J. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.

WINNICOTT, D. W. (1947/1952). *El odio en la contratransferencia* (trad. J. Coholic). En *Realidad y juego* (p. 95-113). Buenos Aires: Paidós.

_____ (1974). *Fear of Breakdown*. *International Review of PsychoAnalysis*, 1, (p.103-107).

_____ (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional* (p. 140-152). Buenos Aires: Paidós.