



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ESTUDIO DE CASO

How to fill an undifferentiated continent with a determined content? Psychodynamic approach of an eating symptom

Martha Isabel Jordán-Quintero^{a,b}

^a Departamento de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Recibido el 29 de octubre de 2016; revisado el 9 de diciembre de 2016; aceptado el 12 de junio de 2017

Disponible en Internet el 5 de julio de 2017



CrossMark

KEYWORDS

Disordered eating behavior;
Object relations;
Continent-content model;
Personalization;
Bifocal therapy

Abstract The aim of this study was to establish that the lack of distinction between inside and outside of the patient presented was one of the nuclear factors in Rosa's eating symptom. For this purpose we present the clinical materials issued from the psychotherapeutic process carried on with Rosa during 10 years –one of the two components of the bifocal therapy—emphasizing the transference-countertransference relation. The comprehension achieved from clinical materials is enriched by means of discussing approaches of several authors on relevant concepts. Results showed that what had failed during Rosa's early development was built-rebuilt throughout therapy. She worked on building a bodily and mental image, enriched her self and her relationships with others. This clinical experience is an invitation to think about the great variety of expressions –sometimes by means of the body and sometimes of the psyche— of early failures and also, that treatments must include various aspects, with bifocal therapy being an option.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALABRAS CLAVE

Conducta alimentaria anómala;
Relaciones objetales;
Modelo continente-contenido;
Personalización;
Terapia bifocal

¿Cómo llenar un continente no diferenciado con un determinado contenido? Abordaje psicodinámico de un síntoma alimentario

Resumen El objetivo del presente trabajo fue establecer, a través del análisis de un caso clínico, que la falta de distinción entre el adentro y el afuera de la paciente era uno de los factores centrales de su síntoma alimentario: los «atracones» con lechuga. Para tal fin se presentan viñetas del proceso terapéutico que, bajo un enfoque psicodinámico y un dispositivo bifocal, fue llevado a cabo con Rosa a lo largo de 10 años, con énfasis en la relación

Correo electrónico: marthajordanq@gmail.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.06.003>

2007-1523/© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

transferencia-contratransferencia. Viñetas y aspectos evocados del caso se teorizan a partir de los planteamientos de diversos autores. El proceso terapéutico permitió construir-reconstruir lo que falló en el desarrollo temprano de Rosa, a través del cual fue edificando una imagen corporal y psíquica de sí misma, enriqueciendo su *Self* y sus relaciones interpersonales. Esta experiencia clínica invita a pensar que las fallas tempranas se presentan a través de múltiples expresiones —con predominio en cuerpo o en psique— y su tratamiento requirió el abordaje de múltiples aspectos y, en ello, el dispositivo bifocal usado mostró ser una opción pertinente.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El presente trabajo da cuenta de las fallas en la diferenciación de las representaciones del adentro y el afuera en el cuerpo y en la psique de Rosa, expresadas a través de un síntoma particular en la conducta alimentaria —ingesta de grandes cantidades de lechuga— y en lesiones en la piel. Asimismo, permite ver los alcances de un proceso terapéutico psicoanalítico en un marco bifocal.

Rosa, de 17 años, llegó a un centro de atención especializado en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Su motivo de consulta fue: «atracones»... ¡con lechuga! La lechuga era una elección inusual, generando sorpresa en la psiquiatra que la recibió. Esta exploró y descartó alteraciones de la imagen corporal, esperables en las pacientes con bulimia nerviosa, pero Rosa no se sentía gorda, no quería adelgazar, ni vomitaba después de ingerir alimento. Tras un estudio cuidadoso, la psiquiatra formuló una impresión diagnóstica de depresión mayor, en el marco de una disarmonía evolutiva con elementos psicóticos y propuso un dispositivo terapéutico bifocal. Así, la psiquiatra asumió el rol de *psiquiatra referente*, encargándose del «mundo externo» de Rosa: su familia, el tratamiento farmacológico, la atención ante situaciones de urgencia y hospitalizaciones, el nexo con otros médicos, las acomodaciones o negociaciones escolares (e.g., tolerancia en cuanto al número de inasistencias). Además, Rosa fue derivada a una *psicoterapeuta* para trabajar su «mundo interno».

En este artículo se profundiza en aspectos del tratamiento psicoanalítico que recibió Rosa, el cual se extendió por más de una década, con una intensidad de cuatro sesiones a la semana, haciendo los ajustes técnicos necesarios para una paciente con elementos psicóticos.

Definición de conceptos clave

Atracón. Los atracones son episodios de ingesta de grandes cantidades de alimentos, habitualmente de alto contenido calórico. Hasta la aparición de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés) de la *American Psychiatric Association* ([APA], 2013), el atracón era uno de los varios síntomas posibles en diversos TCA. Según el DSM-5, un individuo que ha comido en exceso, al menos 12 veces en tres meses, cumple con los criterios para el trastorno por atracón. No obstante, el caso de Rosa presentaba una particularidad que se precisará más adelante.

En psicoanálisis, los síntomas no constituyen una patología, más bien tienen el valor de comunicar algo «que no está bien», pero que el paciente no logra expresar de manera mentalizada. Para Corcos (2011), los atracones son conductas «centradas en el cuerpo» de origen multifactorial, en las que inciden factores fisiológicos, socioculturales, familiares y, predominantemente, psicológicos. Factores que están imbricados de forma única en cada caso. Los procesos psicoanalíticos llevados a cabo con pacientes con atracones revelan perturbaciones identitarias y problemáticas de dependencia, resultantes de una pobre calidad de las relaciones internalizadas (Humphrey, 1986; Patton, 1992). En esta línea, los atracones serían un tipo de adicción que busca mitigar los fracasos en los mecanismos de defensa y los fallos de la organización psicológica. El sentido del *Self* fluctúa, y los pacientes con episodios de atracón se autolesionan para lidiar con el sentimiento crónico de vacío e intentar recuperar el control ante la vivencia angustiosa de pasividad que trae la pubertad. Entonces, según Corcos, estos pacientes reeditan —con el manejo de la comida y la insatisfacción con su cuerpo— un patrón de relaciones tempranas inestables, caracterizadas por alternancia entre fusión y rechazo, proximidad extrema y abandono.

Transferencia. Este término «[...] designa la transposición, el traslado sobre otra persona —principalmente el analista— de sentimientos, deseos o modalidades relacionales previamente organizadas o vividas en relación con personas altamente categatizadas en la historia del sujeto» (Denis, 2005, p. 1832).

Contratransferencia: Denota «[...] el conjunto de reacciones inconscientes del analista a la transferencia de su paciente» (Geissman, 2005, p. 386). Heimann (1950) advierte que la contratransferencia constituye una herramienta privilegiada para comprender las comunicaciones del paciente a su analista.

Terapia bifocal. Dispositivo terapéutico propuesto por Jeammet (1992), y desarrollado por Corcos (2008), a partir de las reflexiones sobre las especificidades del funcionamiento psíquico en la adolescencia. Desde un punto de vista descriptivo, la terapia bifocal hace intervenir a dos terapeutas, cada uno en un tiempo y un lugar diferentes, de modo que el denominado *psiquiatra referente* es aquel que recibe al potencial paciente por primera vez y propone la necesidad de llevar un proceso de psicoterapia psicoanalítica con otra persona, que es el *psicoterapeuta* (Rojas-Urrego, 2008). En palabras de Corcos: «Las terapias bifocales se basan, por consiguiente, en la presencia de una pareja psicoterapeuta-psiquiatra referente en el tratamiento integral del

adolescente, como figuración de la dualidad psíquica entre realidad externa y realidad interna, estableciendo una cierta tensión, pero también una articulación entre las dos personas que intervienen... El psiquiatra garantiza la continuidad y la coherencia de la relación terapéutica, asegura las condiciones de eficacia de la psicoterapia y restaura una tercera función que permite un cierto grado de diferenciación. Su objetivo es alcanzado, en buena medida, gracias a la intervención activa en la realidad del paciente, proponiendo y asegurando distintas modificaciones pertinentes (contacto con el medio escolar y familiar, medidas educativas o institucionales eventuales, etc.). Él también es el encargado de prescribir un tratamiento farmacológico eventualmente necesario, permitir la discusión sobre la pertinencia de proseguir o suspender la terapia y decidir, cuando así lo requiera el estado del adolescente, una hospitalización durante una situación de crisis» (Corcos, 2008, p. 96).

Historia clínica

Información aportada por la psiquiatra referente

En el extranjero, en donde vivían Rosa y su familia, habían acudido en busca de tratamiento, pero no había certeza acerca de su diagnóstico. Regresaron a su país de origen en busca de «*un nuevo enfoque*». La psiquiatra que recibió a Rosa la evaluó cuidadosamente e hizo los diagnósticos siguientes: presentaba sintomatología depresiva de larga data, y había sido manejada farmacológicamente sin mejoría importante. El cuadro depresivo era evidente; la sintomatología en la conducta alimentaria no se consideró indicativa de un diagnóstico independiente; la organización psíquica de base era difícil de precisar, en tanto coexistían elementos psicóticos con otros que daban cuenta de una estructuración mejor lograda. La psiquiatra se cuestionó la necesidad de hospitalizar, pero optó por no hacerlo. Prescribió un modulador de afecto y un antipsicótico, así como psicoterapia intensiva.

Historia relatada por la madre a la analista

La madre de Rosa reportó los antecedentes siguientes: parto eutóxico, sin complicaciones peri o neonatales; a los ocho días de edad, mientras Rosa tomaba tetero [biberón], presentó un episodio de posible apnea del recién nacido, de duración indeterminada, que no respondió a las maniobras de resucitación empleadas, pero que luego resolvió espontáneamente. La madre refiere: «*se me murió, en mis brazos*». Una primera evaluación neuropediátrica descartó secuelas iniciales, pero luego notaron problemas de disfunción vestibular e hipotonía. La madre describió a Rosa como «*una niña muy juiciosa, no lloraba ni por hambre ni por cansancio, yo sabía que tomaba tres teteros diarios...*».

Siguiendo con la narración de su madre, Rosa tuvo asma desde los tres meses de edad. Cuando tenía seis meses cambiaron de niñera y por tres meses Rosa dejó de crecer y aumentar de peso. La madre asumió su cuidado, y un mes más tarde la niña había recuperado el crecimiento esperado, de acuerdo con la curva pondoestatural. La madre asoció a este evento la dificultad de Rosa para tolerar cambios de diverso orden, como de posición corporal, de

lugares, de año escolar, de planes previstos, cambios de ropa, entre otros. Por tanto, Rosa presentó dificultades para adaptarse al jardín infantil y posteriormente al colegio; mostraba tendencia a involucrarse en juegos solitarios —aunque sí accedió a los juegos simbólicos y de roles— y luego a trabajar sola en las labores escolares. Solía sentarse en una silla junto a la puerta del salón de clase. Además, desde los seis años Rosa se rascaba la piel con fuerza hasta sangrar y experimentar dolor (lo que hoy se define como autolesionarse o *cutting*), se golpeaba la frente contra objetos duros o con sus propias manos, y en ocasiones ingería analgésicos refiriendo dolores físicos.

La señora señala que en los meses previos a la consulta incrementó en Rosa la sintomatología identificable como depresiva, es decir: llanto, insomnio, labilidad emocional, marcado aislamiento, y sus trabajos escolares y conversaciones aludían a sensaciones de vacío, muerte y suicidio. Finalmente, pocas semanas antes de consultar, Rosa manifestó —refiere su madre— «*sentirse extraña*»: «*describe que siente que flota y se ve a sí misma*» o «*la gente pasa y se ríe de mí*».

Primer encuentro de Rosa con la analista

Ingresó al consultorio una mujer joven, profundamente triste y angustiada, caminando muy despacio, «*como si todo le pesara*». Se sentó, apretaba sus manos y se halaba los «*cueritos*» [pellejitos] de los bordes ungueales de las uñas de las manos. Hablaba en tono bajo, le pedía a su madre —a base de gestos— que respondiera a las preguntas. Aun así, la impresión provocada era la de una joven inteligente y curiosa. Rosa verbalizó algunas ideas nihilistas y de desesperanza, cuestionando la razón de su existencia en el mundo: «*[...] lleno de gente, donde yo no tengo cabida porque nunca aprendí a estar con gente*», e ideas de muerte pero sin ideación suicida explícita. Si bien no parecía alucinar, reportó oír voces de reproche, críticas severas e insultos, voces que la culpaban «*[...] por hacer cosas que hacen sufrir a los demás*» y «*[...] por ser tan boba que ni siquiera he podido encontrar como dejar de sufrir*».

Primera viñeta: «*Atracones con lechuga*». Rosa contó en una sesión, comenzando el segundo año de análisis, que cuando comía lechuga podía «*[...] ver un globito en mi estómago y tocarlo* [señala en dónde tocando su estómago] y, al mismo tiempo, sentirme inflada». No es posible decir que Rosa metía lechuga en su cuerpo, en su estómago... porque ni ella se sentía Rosa, ni era consciente de tener un «*adentro*» separado del afuera.

Los materiales clínicos que siguen a continuación ilustran diversos aspectos de esta confusión entre el adentro y el afuera, en lo corporal y lo psíquico.

Segunda viñeta: «*Fantasía de nacimiento*». Rosa relató: «*Mi vida comenzó una tarde de X... cuando una señora empezó a expulsarme fuera de mi hogar. Con cada pujo, yo sentía que me estaban succionando. Era una locura, esta señora gritaba como yo... mi cabeza finalmente salió del hueco...* [en inglés, Rosa escribe: «*when my head finally picked out of the whole*»]. Esta palabra, escrita con «*w*», significa «*todo*»; en tanto que «*hole*», sin «*w*», significa «*hueco*»] ... *No sabía en dónde estaba, y me sentía aterrizada y sola... A partir de ese día mi vida cambió drásticamente. Ya yo no estaba flotando dentro de*

mi propio globo confortable, ahora usaba ropa y sombreros y otras cosas... yo no sentía como si perteneciera allí.

El relato sorprende porque narra un inicio de vida que evoca —a la vez— un inicio de muerte: la mamá puja (acción que va de adentro hacia fuera), pero Rosa lo vivencia como siendo succionada hacia afuera. Confluyen en la paciente representaciones de nacimiento y de aborto. La fantasía de nacimiento de Rosa refleja su confusión entre el adentro y el afuera, así como la ausencia de un continente que la reciba en el mundo.

Tercera viñeta: «Angustia de no-integración». Rosa relató: «*Debía tener unos cinco o seis años, mi mamá me lavaba el pelo para que quedara bien limpio —decía que yo no me sacaba bien el champú...— yo veía que la espuma se iba por el sifón [coladera, desagüe]. Entonces pensé que si yo me tomaba el champú, entonces quizá toda yo me podía ir como espuma por el sifón. No lo logré... no me lo pude tragar.*

Rosa toma una postura activa, pareciera que intentaba representar la angustia de no sentirse integrada. Puede considerarse la evocación del recuerdo de un día en que ella intentó... ¿diluirse?, ¿volatilizarse?, ¿desaparecer?

Cuarta viñeta: «Piel porosa, segunda piel». La mamá de Rosa refirió, en la entrevista inicial, que Rosa sufría de una alergia que causaba lesiones pruriginosas en sus miembros inferiores, lesiones que ella rascaba hasta sangrar. Más adelante Rosa dirá en sesión que las lesiones no se debían a la alergia, sino que ella las causaba rascándose «[...] para sentirme viva...».

Con el tiempo irán complejizándose los relatos de Rosa, quien verbaliza los nexos relativos al sufrimiento sentido, tanto el expresado en el cuerpo como en el psiquismo.

«Mira... voy a tratar de explicarlo... eso de las lesiones autoinfligidas... el caso es que se supone que estoy bien... la gente dice que soy normal y, cuando no estoy bien, la alergia se me alborota al 100% y me rasco, pero hasta que salga sangre, porque si no, no me siento bien. Y cuando ya pasa el momento de la rascada, pues duele... y duele por muchos días, hasta que sana ese pedazo que te mochaste [cortar, arrancar]».

El sufrimiento, difícil de ubicar y simbolizar, está relacionado con una vivencia de piel discontinua. Una piel que permite la exposición de contenidos que provienen de un interior que Rosa no puede representarse, del que tan solo puede dar cuenta a partir de la constatación concreta.

Quinta viñeta: «Ser mirada». Rosa relata: «*Y yo allí... ¿qué? ¡Limbo! Mira, en clase es así: yo comienzo a preguntar y miro la cara del profesor, o la cara de mis compañeros si están alrededor... o del grupo de estudio... entonces comienzo, y si veo que hacen cara de aprobación... pues puedo seguir, pero si me hacen cara... como de está mal o... ¡estás diciendo una bestialidad [irrationalidad, tontería]!, pues me callo o cambio mi respuesta... [pausa] ... Me acuerdo que el semestre pasado llegué tarde a una clase, y me tocó sentarme en la primera fila. Yo nunca me hago [ubico] allí. Y me preguntaron algo, y yo no podía ver a nadie... las caras de nadie, los gestos de nadie... no pude contestar. Yo traté, comencé, pero no había cómo saber si iba por donde tocaba. De pronto me voltee y los miré, y súbitamente sentí que todo estaba mal... que yo me seguía hundiendo y, que si seguía contestando, iba a caer tan bajo... iba a hundirme tanto, que no iba a poder salir*

... [pausa] ... Me tocó salirme de la clase y, cuando me di cuenta, estaba en el baño llorando. No pude regresar a la clase. Llamé a mi mamá y le dije que no sabía, que no había podido contestar porque me había perdido. Ella no logra captarlo... es algo como raro, porque yo sé que las respuestas que me da —que ahora no me acuerdo... pero es un sentimiento de cuando la llamo estando mal— son prácticas... como quédate un rato allí y trata de respirar mejor, o tómate algo calientito... pero el hueco enorme sigue allí...» (señala su estómago).

Rosa necesita de la guía ofrecida por la mirada de otro sobre ella para dar cuenta de sí, para saber si lo suyo es correcto o no, si «va bien». Sin el soporte de la mirada «se pierde, deja de existir». En tanto su problemática tiene que ver con sus límites, con el continente, no le sirve recibir contenidos, aunque sean «amorosos» (e.g., «tomarse algo calientito»), pues «[...] el hueco enorme sigue allí...» y teme «[...] hundirse tanto que no pueda salir...».

En el colegio, no puede sentarse en la primera fila porque no ve las miradas de sus compañeros. Ante esto, el proceso psicoanalítico requirió dejar el uso del diván y pasar a «cara a cara», porque Rosa necesitaba tener la certeza de que su analista la miraba, verla mirándola y poderla ver.

Sexta y séptima viñetas: «Alucinaciones-pseudoalucinaciones». En el segundo año de análisis, Rosa relata: «*Ya ni sé si vienen de afuera o de adentro... solo sé que allí están. No, no puede ser de afuera, porque son mías, o al menos soy yo la que tiene que vivir con ellas... sobrevivir».*

La confusión de su interior y el mundo externo conllevan el dejar pendiente la formulación del diagnóstico del trastorno sensoperceptivo.

En el tercer año de análisis, Rosa relata: «*Tengo la cabeza llena de vacío, siento que me va a estallar».* (Las voces habían desaparecido con el tratamiento).

En un sujeto con una delimitación clara entre el adentro y el afuera, esta frase implica una contradicción, pues los «estallidos» son el resultado de un exceso; en tanto que «lleno» y «vacío» son términos opuestos. La vivencia de Rosa no es así, es paradójica: para ella el vacío es lo que se vive como «demasiado» y amenaza con provocar un estallido.

Los materiales clínicos que siguen a continuación pertenecen a momentos más tardíos del análisis, desde el quinto hasta el décimo año. Fueron elegidos para ilustrar la adquisición progresiva de la diferenciación entre el adentro y el afuera, considerando la integración psicosomática en curso.

Octava viñeta: «Rosa se siente dueña de su cabeza». Rosa relata: «*Ya no tengo la cabeza llena de vacío, sino de cosas... unas muy feas, pero no importa».*

Rosa tiene una representación de su cabeza en tanto una estructura que puede contener, albergar «cosas». Ahora su cabeza es un órgano que sirve de sede a su psiquismo, que contiene sus pensamientos.

Novena viñeta: «Sentimientos que se sienten y se comparten». Rosa relata: «*Quiero ir a clases de pintura para aprender a pintar las miradas... la tristeza no se puede contar, pero se puede plasmar».*

Rosa comienza con sus clases de pintura, y en ellas —poco a poco— pasa del dibujo de la mirada —propia o de otras personas— al perfil, a manos estáticas, y luego a una mano en una posición que evoca una mirada, o bien de los ojos de una persona que mira hacia sus propias manos. En paralelo,

la postura de Rosa va cambiando. Pone en el dibujo su inercia y su dolor, y se apropia de esta imagen inmóvil, para luego transformarla. Rosa «cobra vida». Expresa su tristeza y la comparte con su analista.

Décima viñeta: «Rosa busca activamente la relación con el mundo externo». Rosa está tomando clases de pintura; tiene el proyecto de pintar un girasol. Dice: «Quiero hacerlo sobre agua, para ver el reflejo... ¿El girasol se volteó —en serio— para donde está el sol? No lo puedo creer...».

Algo lindo, «vivo». Alguien vivo puede tomar la decisión de mirar hacia el sol, de «conectarse» con la vitalidad de otros.

Teorización

En sus comienzos el psicoanálisis se dedicó a la neurosis y, por tanto, a los contenidos del psiquismo. Pero con el tiempo se ha venido prestando mayor atención a los *continentes*. Al respecto, varios autores han hecho aportes relevantes. Aquí se retoman algunos considerados cruciales para construir la comprensión de lo que falló en Rosa, y también lo que pudo irse reparando en su tratamiento.

El Yo

Sigmund Freud (1895) encabezó su lista de las cinco funciones que se podían extraer del *Yo* con la de *contenimiento*, seguida de las cuatro siguientes: protección antiestímulo, deslinde del mundo psíquico interno y del mundo perceptivo, conexión doble con el mundo interno y con el externo, y diferenciación de la superficie del *Self*. En su planteamiento, Freud reunió tanto la acción de *continente* como la de *contenido*.

Función continente

El modelo dinámico *continente-contenido* de Wilfred Bion (1962) comienza con la disposición y disponibilidad de la madre para recibir lo que le «sucede» al bebé, y que él no comprende; entonces la madre se lo regresa de forma «digerida». Este primer aspecto es a lo que Bion llama la *función alfa*: la madre recibe sensaciones y emociones impensables de su bebé, transformándolas en pensables. Al poder ser contenidas por el pensamiento, ya no requieren ser evacuadas mediante actos, derivadas al terreno somático o hacia una actividad alucinatoria.

Importancia de la mirada materna, personalización

Con respecto a la mirada de la madre, Donald W. Winnicott (1971a, pp. 150-151) parte de la interrogante siguiente: «¿Qué es lo que ve el bebé cuando mira la cara de su madre?... habitualmente, lo que el bebé ve es a sí mismo. En otras palabras, la madre mira al bebé, y la forma en que lo mira se relaciona con lo que ve...». El bebé se va construyendo en relación con sus primeros objetos, con quienes se comunica de forma particular. El bebé va integrando la representación que su mamá tiene de él. Winnicott enuncia: «La separación del *no-Yo* del *Yo* se va dando gradualmente, a un ritmo que varía de acuerdo al niño y al ambiente» (p. 150). Cuando el bebé se separa de su

mamá, puede percibirla objetivamente; es decir, como una persona ubicada en su exterior. La madre —o quien ejerza las funciones de cuidado del recién nacido— provee las funciones ambientales: *holding* (sostén), *handling* (manipulación) y presentación de objetos, para que este madure. Winnicott (1962a) explica el recorrido del bebé, partiendo de la mirada de la madre, hasta el reconocimiento de sí mismo como una unidad *psicosomática* que se relaciona con otras personas. Este autor plantea: «[...] la maduración implica la “integración” —en tiempo y espacio— así como la interrelación psicosomática, o “personalización” y las relaciones objetuales» (Winnicott, 1962a, pp. 13-14). Posteriormente Winnicott (1989) definió a la *personalización* como aquel momento en que «la psique habita el soma», el cual constituye el paso final en la construcción del sí mismo.

Piel psíquica

La tesis de Esther Bick (1968) sostiene que, en su forma más primitiva, las partes de la personalidad se experimentan carentes de toda fuerza vinculatoria, y por eso deben ser mantenidas juntas de una manera que vivan pasivamente, merced a la piel, la que funciona como una «frontera». Pero esta función interna de contener las partes del *Self* depende inicialmente de la introyección de un objeto externo, experimentado como capaz de llenar esta función. Después la identificación con esta función del objeto reemplaza a aquel estado no integrado, y da lugar al «fantasma» del espacio interior y el espacio exterior. Mientras las funciones continentes no se hayan introyectado, no podrá aparecer el concepto de un estado en el interior del *Self*.

Yo-piel

Didier Anzieu planteó inicialmente el concepto en 1974, y lo fue complejizando. Por *Yo-piel*, Anzieu (1995) designó una figuración de la cual el *Yo* del recién nacido se sirve, a lo largo de las fases precoces de su desarrollo, para representarse a sí mismo como *Yo continente* de sus contenidos psíquicos, a partir de su experiencia, de la superficie de su cuerpo.

Envoltura psíquica

Didier Houzel (1990, p. 53) afirma: «La representación de la piel psíquica es mucho más compleja que la sola idea de un saco», y distingue dos propiedades de la *envoltura psíquica*. La primera propiedad es estructural, ubicando los elementos psíquicos en tres espacios, que son: el espacio psíquico interno, el espacio perceptivo y el espacio psíquico de otro; de modo que dicha envoltura es continua y permeable, ofreciendo la delimitación entre espacios y, a la vez, permitiendo la comunicación entre los contenidos ubicados en ellos. La segunda propiedad es plástica, la cual supone receptividad, flexibilidad, así como consistencia y solidez.

La boca está en la intersección entre el adentro y el afuera

Bernard Golsé (2006, p. 6) escribe: «El desarrollo del niño y sus problemáticas se producen exactamente en la

intersección del “adentro” y del “afuera”, bien sea en la interfaz de su parte personal y de su entorno, o en el encuentro entre los factores endógenos y los factores exógenos (los efectos del encuentro con el medio ecológico, biológico, alimentario y sobre todo, relacional). Golse se refiere así al doble anclaje (corporal e interactivo) que supone el crecimiento y la maduración psíquica del niño. En su opinión, más o menos a partir de 1950 se suscitó un cambio en el foco del psicoanálisis, ya que pasó de centrarse en los «orificios» (boca y esfínteres) y en los contenidos que entraban, salían, se retenían o expulsaban, para centrarse en las «envolturas», el continente piel en el que se apuntala el continente psíquico. Este autor señala que, en paralelo a este movimiento, se da también otro: un creciente interés en los traumatismos causados por defecto sobre los causados por exceso. Así, los desarrollos de Kreisler (citado en Golse, 2006) y Green (1993) confluyen en la apertura a la comprensión de la «clínica del vacío» y la «clínica de lo negativo».

Golse (2006, p. 8) propone: «Sostendremos la idea de que el psicoanálisis de los orificios abordaba principalmente una problemática de los *contenidos* mediante traumatismos causados por exceso o por intrusión, mientras que el psicoanálisis cutáneo se centra en una problemática de los *continentes*, consecuencia de traumatismos en negativo (por carencia, por “lo que no ocurrió”), ligada a una falla en las envolturas». Este autor se refiere a la boca para explicar este planteamiento, por el hecho de tener esta «[...] una ubicación anatómica muy particular, en la intersección entre el adentro y el afuera» (Golse, 2006, p. 8). Él subraya el rol de la boca, considerando desde el desarrollo del feto hasta la forma en que las funciones habituales se muestran perturbadas en la patología; y a continuación se señalan algunas:

- La boca y la oralidad son un terreno emblemático y estructurante de una serie de conflictos y cuestiones variadas; por ejemplo, el modelo de incorporación oral sirve de modelo corporal para los procesos de incorporación e identificación.
- La vida de relación se funda y se apoya sobre la autoconservación. Así, esta teoría del apego tiene, sin duda alguna, sus raíces en la primera teoría pulsional de Freud (1905), la que ponía en tensión dialéctica las pulsiones sexuales, en un sentido amplio, y las pulsiones de autoconservación. Dice Golse (2006, p. 11): «El bebé bebe primero para nutrirse, pero éste rápidamente descubre, con las primeras mamadas, una serie de placeres que van ligados a esta acción, entre los que están percibir la voz de su mamá, su olor, su tacto, el *holding* de su mamá. Consideración válida para todas las zonas erógenas parciales, pero en particular para la boca, que tiene un rol central en el establecimiento de un límite entre el adentro y el afuera; es decir, entre el *Yo* y el *no-Yo*, en paralelo con el rol de establecimiento de una línea de demarcación progresiva entre el registro de la necesidad y el registro del deseo».

Discusión

El síntoma inicial de Rosa iría cobrando sentido al profundizar en su sufrimiento psíquico, el que inicialmente estaba

puesto en el cuerpo. A lo largo del proceso psicoanalítico, ella comenzará a significar su historia que, para la autora de este estudio, puede expresarse en dos grandes capítulos:

¿Qué falló en la construcción de «adentro» y «afuera» en Rosa?

El síntoma con el que llegó Rosa era oral: comía lechuga. Sin embargo, durante su análisis, este síntoma perdió importancia en tanto un factible TCA. Síntoma que fue remitiendo a perturbaciones más arcaicas, producto del compromiso en la construcción de los límites y sus consecuencias, y específicamente en la representación de los mundos interno y externo de Rosa.

Se analizaron las viñetas, considerando desde la segunda hasta la séptima, y se proponen hipótesis de comprensión de lo que falló:

En la segunda viñeta Rosa relata su fantasía de nacimiento, y en ella aparece una gran confusión entre los espacios físicos y, por supuesto, psíquicos. Sale de un *hole* (orificio)/*whole* (todo); de modo que mientras su madre la expulsa (de su hogar), ella se siente succionada hacia y por un vacío. Confluyen y coexisten nacimiento/muerte, expulsión/succión, envoltura que cobija y vestimentas que no se sienten propias. Rosa intenta poner en palabras una vivencia que no pudo ser integrada. Ilustra la falla sentida por ella en la función *continente* de sus objetos primarios. El fracaso en la introyección de dicha función, y la consecuente repercusión en la construcción de un modelo continente-contenido, en términos de Bion (1962), a partir de la vida de relación. Rosa no se pudo sentir contenida y, en consecuencia, no podía contener.

En la tercera viñeta se hace patente la «angustia de no-integración»: ¿Será posible «irse» por el sifón? Las angustias arcaicas deben ser pensadas en términos de materia en transformación y no de desintegración, ya que para desintegrarse primero hay que haberse integrado. Rosa sentía su continuidad existencial tan frágil, que pensó que podía transformarse en burbujas, en espuma, y así, informe, desaparecer. Hubo un fracaso en el proceso de construcción del *Self* desde la etapa temprana de identificación.

En la cuarta viñeta se expone que la mamá de Rosa pensaba que esta sufría de alergias, pero Rosa aclara que ella se autolesionaba. Su sufrimiento psíquico tenía que ver con la representación de una piel «discontinua» que permite la exposición a contenidos que provienen de un interior que Rosa no puede representarse, y del que tan solo puede dar cuenta a partir de la constatación concreta en su piel física herida. Rosa tiene una perturbación profunda en la representación psíquica del órgano piel, que delimita y está simultáneamente en contacto con el adentro y con el afuera, y por tanto ofrece una perspectiva tanto de la representación del *Self* como de la manera en que la persona se relaciona.

El fracaso en la construcción de la «piel psíquica», en términos de Bick (1968), provoca una perturbación en la introyección, en la construcción de un objeto en un espacio interior. Hay confusiones serias de identidad, pues ni el *Self* ni el objeto se vivencian como «contenidos» por sus respectivas pieles, y más bien representan conjuntos de partes inconexas de la personalidad de uno y otro, en la medida en que la piel psíquica es la que permite la conexión entre estas. Por tanto, la persona recurre a la creación de

«segundas pieles», en un intento desesperado por confirmar su existencia. Para la analista, la alergia y los orificios tenían un doble significado. Por un lado, mostraban el núcleo del sufrimiento de Rosa: la discontinuidad existencial, la falta de límites propios y ajenos, el riesgo de «desparramarse» por las hendiduras y de ser «invadida» por la falta de control al influjo de estímulos; y, por otro lado, también mostraban sus intentos por construir una representación de ella con «volumen», con espesor. Pero ante la imposibilidad de lograrlo, Rosa necesitaba hacerse heridas en la piel para ver el adentro desde afuera, para ver y sentir la sangre. Ella tenía la ilusión de existir, sentirse viva.

Rosa carece del *Yo-piel*, en el sentido que a este le otorga Anzieu (1995). Rosa no tiene una representación de sí misma como continente de sus contenidos psíquicos. Ninguna de las funciones del *Yo-piel* se cumplen en Rosa. Dice Anzieu: «Toda actividad psíquica se apuntala sobre una función biológica. El *Yo-piel* se apuntala sobre las diversas funciones de la piel... señalo tres: La piel, primera función, es el saco que contiene y retiene al interior lo bueno y lo satisfactorio que dejan la lactancia, los cuidados, el baño de palabras. La piel, segunda función, es la interfaz que marca el límite con el afuera y mantiene éste al exterior, es la barrera que protege de la penetración de la avidez y las agresiones provenientes de otros seres u objetos. Por último la piel, tercera función, al mismo tiempo que la boca y al menos en la misma proporción que ella, es un lugar y un medio primario de comunicación con los demás, de establecimiento de relaciones significativas; es además, una superficie de inscripción de las huellas dejadas por éstas» (pp. 61-62). Intentando entender lo que falló en Rosa, los comienzos de su vida son fundamentales: hubo momentos difíciles tanto en la historia que contó en su tratamiento como en la que relata en su escrito autobiográfico. No pudo construir una imagen continua de piel, capaz de cumplir con las funciones descritas y, en consecuencia, tampoco pudo construir una representación de piel psíquica continua. La piel de Rosa es discontinua, así como la representación que ella tiene de sí y de los demás. Paradójicamente la perfora para sentirse viva. Rosa hace «atracones de lechuga», de modo que ingiere un alimento que la distiende —desde «adentro»— y cuyo efecto constata desde afuera. En la envoltura y en el orificio pone en escena su existencia discontinua y la búsqueda de continuidad.

Siguiendo a Houzel (1990), la «envoltura psíquica» de Rosa era deficiente, la piel física y la «piel psíquica» eran discontinuas. Por su parte, Corcos y Lamas (2012, p. 100) afirman que: «Las cicatrices físicas corresponden a cicatrices psíquicas». Representan sufrimientos de épocas tempranas en las que no era posible hablar de psiquismo sin pensar en el cuerpo físico, cuando son indisociables. Además, estos autores plantean que las automutilaciones pueden representar intentos de lidiar con la distancia relacional. Así, Rosa estaría intentando inscribir sobre su cuerpo esta incapacidad para diferenciarse del *Otro* y, en su intento por lograrlo a través de un acto, de una ruptura, surgen las heridas auto-infijidas. La piel biológica de Rosa era discontinua, por protrusiones a causa de la alergia o por orificios autoinfijidos; por «exceso» o por «defecto», que es el escenario de los dos registros del trauma: por algo masivo que ocurrió y desbordó las capacidades del psiquismo para «elaborarlo», o por algo que produjo consecuencias nefastas, precisamente

porque debía haberse dado y no se dio (Corcos y Lamas, 2012; Green, 1993; Roussillon, 2013).

En la quinta viñeta Rosa, sin la mirada de los otros, se pierde para ella, deja de existir: «se hunde en un hueco». En este sentido, si su analista no la ve, Rosa «deja de existir». No puede pensar en su analista como una persona diferente de ella, que piense, sienta y se haga cargo de sus contenidos, de una forma diferente a ella. Y si su analista tuviera sus mismas dificultades, Rosa piensa que —al dejar de verla— le deja un vacío (no la puede pensar en su ausencia), y entonces ella llena dicho vacío con otra cosa para no sufrirlo. Deja de tener un espacio en su mente para ella por vacío o por preocupación (por defecto o por exceso).

Mencionamos ya el lugar que otorga Winnicott (1971a) a la mirada de la madre en el desarrollo normal del bebé y del niño pequeño. Cuando la madre no «espejea» (o refleja), sino que se muestra ella (e.g., sus estados de ánimo, sus defensas): 1) se disminuye la creatividad del bebé, y este busca constantemente que el entorno le «muestre algo suyo»; y 2) el bebé se acomoda a la idea de que cuando mira a su mamá la ve a ella y no se ve él reflejado. De esta forma, el rostro de la mamá no funciona en tanto un espejo que refleja. Dice Winnicott: «La percepción toma el lugar de la apercepción, la percepción toma el lugar de lo que habría podido ser el inicio de un intercambio significativo con el mundo, un proceso en doble vía en el cual el enriquecimiento de sí, se alterna con el descubrimiento del significado en el mundo que tienen las cosas vista» (p. 151). El bebé se defiende mediante repliegue, o mirando tan solo para percibir.

Durante el proceso analítico, la relación transferencia-contratransferencia permite al analista vivir lo que aconteció previamente en la vida de los pacientes. En el caso de Rosa, se trató más de construir —que de reconstruir— estos aspectos, pues si bien habían tenido lugar, ella aún no los había podido nominar, representar, expresarlos a través de palabras. Su mamá relató que cuando Rosa presentó el episodio de apnea a los pocos días de nacida —en el que ella la dio por muerta— la cargó de tal forma que Rosa no la podía ver, la mamá cargaba al bebé con sus brazos estirados, y el bebé miraba hacia adelante. Después Rosa no soportaba que la cargaran así, y solo se calmaba si era cargada «frente a frente». Se establece un nexo entre este relato y el concepto de Winnicott (1962b) de la presentación de objetos, que complementa al *handling*. Cuando las cosas van bien, el papá o la mamá, que sostienen física y psíquicamente a su bebé, le «presentan al mundo». Se da ese interjuego entre la construcción del *Self* y el encuentro con el mundo externo. Rosa no puede alternar sin sentir que se pone en riesgo su contacto con uno u otro; ella había padecido angustias masivas que truncaron su acceso a la *personalización*. Rosa no sentía que su psique habitara su soma. Psique y soma tomaron caminos separados, y cada uno se convirtió en escenario de expresión sintomática del sufrimiento, fundamentalmente del causado «por lo que no ocurrió».

En la sexta viñeta Rosa manifiesta que no le resulta clara la proveniencia de las voces que escucha. En ausencia de límites claros, es imposible ubicar lo que está adentro y lo que está afuera. Rosa, a pesar de no poder ubicar las alucinaciones adentro o afuera, las reconoce como suyas. Esto solo es posible si prevalecen mecanismos de funcionamiento psíquico arcaico: clivajes de partes de su personalidad,

escisiones, proyecciones (de sus contenidos en el afuera), o más tempranos aún, aquellos relacionados con la falla en la integración primaria. Para la analista, Rosa no pudo construirse como una persona completa en el marco de sus interacciones precoces. En términos del psiquiatra-fenomenólogo [Stanghellini \(2004\)](#), Rosa tiene un compromiso en su *ipseidad* (la experiencia que ella tiene de sí misma, en primera persona). No puede dar cuenta de su esencia, de lo que sucede en ella y con ella; en cierta forma, es «espectadora» de su vida. Necesita de la mirada de los demás, de la presencia concreta del *Otro*; incluso de la presencia del contenido alucinatorio, para poder sentir que el continente cabeza sigue existiendo.

En la séptima viñeta es notorio que los límites de la cabeza de Rosa están en riesgo de romperse, de perder su continuidad, a consecuencia de la desaparición de las alucinaciones. Rosa sentía que la desaparición del contenido —las alucinaciones— era para ella una desventaja, un riesgo enorme de perder su continente: «los límites de su cabeza».

Comienzos de construcción de «adentro» y «afuera» en el tratamiento

Es imposible dar cuenta de todo lo acontecido en un proceso psicoanalítico que duró muchos años. Para este punto de la discusión, la analista se guío por las últimas tres viñetas, correspondientes a las épocas más tardías del análisis.

Con la guía de Rosa, en la relación transferencia-contratransferencia, la diáada paciente-analista fue construyendo un camino hacia la delimitación-diferenciación de Rosa. El foco pasó —como en la historia del psicoanálisis— de los orificios y de los contenidos, a ella como continente. El sufrimiento narcisista fue el centro del trabajo analítico. Paciente y analista se hicieron cargo de las vivencias aterradoras del riesgo de estallido a causa del vacío, de la necesidad de corroborar (¿o construir?) los límites a través del dolor, las automutilaciones, para ver directamente un adentro y constatar que de él emanaba la sangre que a Rosa le confirmaba el estar viva.

Después vivieron, también juntas paciente y analista, la experiencia de Rosa de haberse sentido contenida, haber introyectado la función continente, y poder entonces vivirse como un receptáculo de paredes continuas, capaz de tener cosas, incluso feas. Experiencias como estas son las que hacen pensar que la analogía entre la relación psicoanalista-analizando y la relación madre-bebé resulta de gran utilidad. Rosa indicó a su analista que el trabajo inicial requerido era el de la construcción de ella como continente, le pidió que la acogiera, la mirara, la tolerara, y que sobreviviera. Así Rosa pudo ir introyectando la función continente y sentirse contenedora de sus contenidos.

Cuando Rosa escribe textos autobiográficos, y luego introduce ficción, cuando pinta, cuando se permite ser creativa, ya va incursionando en el terreno de la transicionalidad ([Winnicott, 1971b](#)), en el que surge la posibilidad de pensar que la diferenciación *Yo/no-Yo* es factible, y la navegación en el mundo de las relaciones con otras personas no es peligrosa para la continuidad de su existencia, sino que —por el contrario— puede ser enriquecedora. En la zona transicional se construye el espacio psíquico interno, es la base de la ilusión, la creación, la simbolización, el pensamiento.

¿Y el síntoma de los «atracones» con lechuga?

Se partió de un síntoma cuya lectura inicial podía haber situado equivocadamente al clínico en el terreno de una persona que ES y HACE cosas de las que se siente protagonista, y se propuso una nueva lectura. Con los materiales clínicos y la vivencia transferencia-contratransferencia de un proceso psicoanalítico intenso y prolongado compartido, y con sus producciones artísticas y literarias, se vio como Rosa se fue construyendo («en gerundio»); en el haciendo, intentaba SER. Lograr una vivencia de su propio *Self*, una existencia individual, implicaba la apropiación de una representación de su cuerpo y de su psiquismo, y de eso mismo en los demás. Una frase con que Rosa describiera su sobre-ingesta de lechuga sería algo así como «introduce lechuga en su estómago y se distiende, y esa distensión (interna), se ve desde afuera». Pero en tanto Rosa no se sentía Rosa, y no tenía claro el adentro y el afuera, entrar y salir, su frase sería algo como «necesito sentir que existo, que soy, y como no lo siento así, necesito el soporte concreto de algo que se pierde cuando va a mi boca, y se ve y lo toco por encima de mi piel».

Entonces la analista necesitó realizar ajustes a la técnica: Rosa necesitaba que su analista la mirara, y ella mirara a su analista. Y, sobre todo, Rosa necesitaba corroborar la imagen de sí misma en la forma en que la analista la miraba. La disposición «cara a cara» era indispensable para permitir a la paciente «vivir de nuevo», o experimentar —por primera vez— las experiencias envolventes y favorecedoras de subjetivación de la mirada, la voz y las palabras del *Otro*. El diván sería útil si la lechuga fuera el representante de contenidos psíquicos introduciéndose en un continente ya establecido, pero este no era el caso de Rosa.

Si el marco de referencia para el diagnóstico fuera el DSM-5 ([APA, 2013](#)), habría que precisar que Rosa cumplía con el criterio del número de episodios de ingesta excesiva, y de pérdida de control, pero la lechuga no es un alimento hipercalórico. Subjetivamente Rosa vivía los episodios como atracones, si bien no cumplía estrictamente con los criterios diagnósticos. Así las cosas, el recorrido analítico con Rosa invitó a considerar los «atracones» con lechuga un síntoma alimentario, y no un síndrome alimentario. Por ende, se optó pensar su diagnóstico desde la perspectiva psicodinámica. Como ya se dijo, en términos de [Green \(1993\)](#), Rosa era una paciente de la «clínica de lo negativo», o bien, con un narcisismo frágil, en términos de [Roussillon \(2013\)](#). En la paciente coexistían elementos de conflicto y de déficit.

Se concluye que el relato partió con un síntoma alimentario: «comía lechuga», y a partir de este se empezó el recorrido. A lo largo de los varios años de este tratamiento psicoanalítico se vio que el núcleo de la problemática de Rosa fue la falla en el establecimiento de las representaciones psíquicas de continente-contenido, del afuera y el adentro. Fallos que se originan en las interacciones tempranas.

Al comenzar el tratamiento Rosa no tenía una representación psíquica integrada de su psiquesoma. Por lo tanto, su problemática se manifestó en lo que se suele llamar corporal, pero que en realidad alude a la representación del cuerpo en la psique: «fantasear su nacimiento como una expulsión-succión, imaginar que se puede ir por el sifón, rascarse hasta perforar su piel, perderse cuando no había

alguien mirándola, comer lechuga para sentir algo y verlo simultáneamente, rascarse hasta perforar su piel». Y también directamente en el psiquismo, como ocurre con sus alucinaciones, o al sentir que su cabeza «está en riesgo de explosión por vacío».

En los comienzos, el dolor de Rosa no era por el tipo de contenidos, sino porque la ausencia de representación de ella como continente la dejaba a merced de la necesidad concreta de algo dentro que le corroborara su existencia (alucinaciones en su cabeza, o el «bultito» visible y palpable en el epigastrio). Rosa no se estaba refiriendo entonces a «algo que está vacío» *versus* «algo que está lleno». No podía existir un «versus», ya que el núcleo de la problemática estaba en el SER y no en el ESTABA.

Durante el tratamiento psicoanalítico, en el marco de la relación entre Rosa y su analista, se pudo construir/reconstruir lo que hizo falta o lo que se truncó; lo que «salió mal» en el desarrollo temprano. Rosa, siendo contenida, mirada, recibida, fue edificando su imagen corporal y psíquica a partir —y a través— de la construcción de límites. Ella interiorizó la función continente, y pudo sentirse capaz de contener sus contenidos psíquicos. Rosa accedió a la transicionalidad, en términos de Winnicott (1971b), y en el marco de esa relación comenzó a desarrollar expresiones artísticas. El último material clínico ofrece una imagen de un proceso en curso hacia la subjetivación: «Rosa pinta un girasol» (antes pintaba rosas), ahora se veía a sí misma «desde afuera». Pero ahora, para este momento del análisis, Rosa quiso pintar un girasol, una flor que se mueve hacia donde se encuentra el sol. Solo es posible sentirse existir como persona en el marco de una relación con alguien, y solo es posible relacionarse con otra persona si uno se siente existir. Así las cosas, la existencia individual de Rosa está en curso, y tiene la ilusión de dar un giro hacia donde está el mundo de las relaciones, que ahora empieza a sentirse capaz de nutrir.

En este trabajo se recalca la importancia de trabajar en un dispositivo bifocal: un psiquiatra a cargo del «mundo externo» (medicación, urgencias, médicos interconsultantes, padres-familia, entre otros) y un psicoterapeuta a cargo del «mundo interno». Dispositivo que permitió llevar a cabo este tratamiento a largo plazo con Rosa. Dos profesionales trabajando en equipo, desde dos vértices, respetuosos del trabajo del otro, y convencidos de la complementariedad de sus intervenciones. Ello permitió trabajar con Rosa en la «elaboración», mientras se atienden los requerimientos que van surgiendo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de

los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. París: Dunod.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in the early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49(2), 484-486.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Londres: Karnac.

Corcos, M. (2008). Anotaciones sobre la noción de terapia bifocal en la adolescencia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 94-99.

Corcos, M. (2011). *Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. París: Dunod.

Corcos, M. y Lamas, C. (2012). États limites à l'adolescence: Psychopathologie et clinique analytique. En E. Azoulay (Ed.), *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 79-104). París: Érès.

Denis, P. (2005). *Transfert*. En A. de Mijolla (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp. 1832-1834). París: Hachette littératures.

Freud, S. (1895). Proyecto de una psicología para neurólogos. *Obras completas: Tomo I* (pp. 233-234). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. *Obras completas: Tomo II* (pp. 1172-1237). Madrid: Biblioteca Nueva.

Geissman, C. (2005). *Contre-transfert*. En A. de Mijolla (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp. 386-387). París: Hachette littératures.

Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. París: PUF.

Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. París: Les Editions de Minuit.

Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Houzel, D. (1990). El concepto de envoltura psíquica. En D. Anzieu, D. Houzel, A. Missenard, M. Enríquez, A. Anzieu, J. Guillaumin, et al. (Eds.), *Las envolturas psíquicas* (pp. 38-67). Buenos Aires: Amorrortu.

Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395-402. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.4.395>

Jeammet, P. (1992). La thérapie bifocale: Une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence. *Adolescence*, 10(2), 371-383.

Patton, C. J. (1992). Fear abandonment and binge eating: A subliminal psychodynamic activation investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 484-490. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199208000-00002>

Rojas-Urrego, A. (2008). Psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido: Principios técnicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 78-93.

Roussillon, R. (2013). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. París: PUF.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Nueva York: Oxford University Press.

Winnicott, D. W. (1962a). Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. *Processus de maturation chez l'enfant* (pp. 9-18). París: Payot.

Winnicott, D. W. (1962b). Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu. *Processus de maturation chez l'enfant* (pp. 43–54). París: Payot.

Winnicott, D. W. (1971a). Mirror-role of mother and family in child development. *Playing and reality* (pp. 149–159). Londres: Routledge.

Winnicott, D. W. (1971b). Transitional objects and transitional phenomena. *Playing and reality* (pp. 1–35). Londres: Routledge.

Winnicott, D. W. (1989). On the basis for self in body. *Psychoanalytic explorations* (pp. 261–283). Cambridge: Harvard University Press.