



TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y PERVERSIÓN

ADELINA ROSAS MERCADO¹ SALVADOR PÉREZ CÁRDENAS² Y
ANTONIA IGLESIAS HERMENEGILDO³

La perversión es el negativo de la neurosis.

Sigmund Freud

RESUMEN

En este trabajo se realiza una discusión sobre la clasificación de los trastornos alimentarios como neurosis histérica y como perversión. Se presenta el punto de vista de psicoanalistas como Abraham, Meltzer, Laplanche y Pontalis, McDougall y Freud entre otros.

¹ Profesora-investigadora del Instituto Politécnico Nacional. Becaria de COFAA y EDD. Alumna del Doctorado en Centro Eleia, A.C, E-mail: adealnitak@yahoo.com

² Profesor-investigador en Termodinámica en el IPN. Becario SIBE y EDD E mail: aspcardenas@hotmail.com

³ Profesora-investigadora de la UAEH, Alumna del Doctorado en Clínica psicoanalítica bosnia73@yahoo.com.mx



Los trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, son patologías que se presentan con mayor incidencia en la actualidad. Los cambios en las normas de belleza emanados por la cultura y difundidos por la propaganda despiertan los fantasmas e inciden en la problemática manifestada. En este artículo se partirá de una definición sintomática de los trastornos alimentarios mencionados anteriormente para tratar de llegar a una conceptualización de los mismos. La argumentación partirá con la mención de algunas de las diversas concepciones etiológicas de los padecimientos, en seguida se proporcionarán los argumentos para definir la anorexia nerviosa como una neurosis histérica y se tomará como ejemplo el caso relatado por el Dr. Freud en *El hombre de los lobos*.

Tomando como punto de partida la definición de neurosis expresada por Laplanche y Pontalis y de las conceptualizaciones de perversión de diversos autores psicoanalistas se concebirá a la bulimia nerviosa como una perversión.

Definición sintomática de anorexia y bulimia nerviosas

Se considera como anorexia al trastorno de la alimentación caracterizado por un rechazo a mantener el peso corporal por encima o arriba del límite inferior normal, reducción de alimentos ingeridos, rechazo a alimentos hipercalóricos, intenso temor a engordar aun estando abajo del peso normal, rechazo a admitir la gravedad de la situación, alteración de la imagen corporal y percepción y valor atribuidos al aspecto físico y al peso corporal distorsionados. La bulimia nerviosa está caracterizada por 1) atracones recurrentes, comer en un periodo de dos horas una cantidad de comida significativamente superior a la que la mayoría de las personas comerían en el mismo lapso y en circunstancias análogas. 2) Sensación de perder el control durante el atracón. 3) Medidas recurrentes y compensatorias para prevenir el aumento de peso, por lo menos dos veces por semana, por ejemplo vómito autoinducido, laxantes, diuréticos y otros fármacos. Según Nardone (2002), existen dos subtipos de anorexia y bulimia: a) con



conductas de eliminación (vómito, diuréticos, laxantes, edemas) y b) sin conductas de eliminación. (pp.18-23).

Diversas concepciones etiológicas de la anorexia y la bulimia nerviosas

A lo largo de los años, estos trastornos han sido atendidos con una diversidad de metodologías según la hipótesis etiológica sostenida. Actualmente, la epistemología constructivista ha resaltado la influencia ejercida por el observador en la conceptualización de los fenómenos que son observados. Desde el punto de vista positivista, los fenómenos tienen una realidad objetiva en sí mismos y deben ser aprehendidos a través de la observación y la contrastación empírica. Con relación a los trastornos alimentarios, existe una multitud de enfoques que deriva de una descripción causal diferente.

En la actualidad según Mahiques (2005-Febrero-2) coexisten diversos enfoques para tratar a pacientes con trastornos alimentarios, con una diversidad de postulados teóricos básicos, de técnicas terapéuticas empleadas y de efectividad.

Palazzoli (1998) por su parte subdivide la anorexia de acuerdo con los trastornos consignados en el DSMIV como dependiente, borderline, obsesivo compulsivo y narcisista. Parece ser que se trata de forzar a los hechos para que coincidan con la teoría de referencia. Desde el punto de vista psiquiátrico existe una descripción del trastorno, pero no se dice cómo opera el problema en la mente del enfermo.

Nardone (2002) propone un enfoque descriptivo operacional que cree un modelo que explique la compleja red de retroacciones perceptivas y reactivas entre el enfermo y su realidad personal e interpersonal. Modelo contrastable a través de una investigación empírico-experimental destinada al empleo de soluciones cada vez más eficaces en la intervención.



Del carácter sexual de la oralidad

El Dr. Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) habla de las inclinaciones perversas que reclaman valor sexual para la cavidad bucal. También dice con referencia a las exteriorizaciones de la sexualidad infantil que:

El chupeteo, por motivos que después se verán, tomaremos como modelo de las exteriorizaciones sexuales infantiles el chupeteo (el mamar con fruición), al que el pediatra húngaro Lindner ha consagrado un notable estudio (1879). El chupeteo {Ludeln o Lutschen}, que aparece ya en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida, consiste en un contacto de succión de la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición. Una parte de los propios labios, la lengua, un lugar de la piel que está al alcance -aun el dedo gordo del pie- son tomados como objeto sobre el cual se ejecuta la acción de mamar. [...] La acción de mamar con fruición cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una acción motriz en una suerte de orgasmo. No es raro que el mamar con fruición se combine con el frotamiento de ciertos lugares sensibles del cuerpo, el pecho, los genitales externos. Por esta vía, muchos niños pasan del chupeteo a la masturbación. (p.163).

Dice que existen diferentes fases de desarrollo de la organización sexual en donde el punto de llegada sería la vida sexual del adulto normal en donde la obtención del placer se desarrolla bajo el predominio de una única zona erógena. Para el Dr. Freud la primera organización sexual pregenital es la oral o canibalística, el objeto de la actividad es la incorporación del objeto a través de la identificación.

Meltzer (1997) cita los resultados de Karl Abraham con relación a la base psicosexual del carácter, que debía ser conceptualizada en función de dos aspectos relevantes, la primacía de las zonas erógenas y las etapas de la organización de la relación objetal, dividiendo la etapa oral en dos fases: la oral de succión y la oral canibalística. Con referencia al impulso, era de importancia definir



si el fin del mismo era incorporar, retener, expulsar, destruir, llenar, vaciar, etc. (p. 56-57).

Karl Abraham (1925) realiza una disertación sobre la influencia del erotismo oral en la formación del carácter. Afirma que ciertos elementos de la sexualidad infantil tienen una influencia en la formación de ciertos rasgos. Así, dice que el erotismo oral ha sido reconocido como constituyente de la formación del carácter. Menciona que si en la primera etapa de la vida ésta transcurre sin placer o con un exceso de placer, el resultado es el mismo. Debido a que la necesidad de placer del niño no ha sido gratificada o ha sido excesivamente gratificada en el periodo de chupeteo, el placer de morder como una forma primitiva de sadismo se enfatiza especialmente. Se observa que existen individuos que no tuvieron un periodo de lactancia satisfactorio y que esto trae como consecuencia efectos para toda la vida. Dice Abraham que esta gente parece siempre estar pidiendo algo y hacen pocas solicitudes y demandas asertivas. Son muy sensibles a la soledad y algunos tienen regresiones a la etapa de chupeteo oral-sádico. Tienen una necesidad de comunicarse oralmente, de hablar, en ocasiones hostilmente con el propósito inconsciente de matar al adversario. Hay un ataque violento mordiendo y devorando a través de la palabra. Existe una gran diferencia dependiendo de si el rasgo de carácter se desarrolló a partir de la fase de chupeteo o de la de morder. La generosidad se manifiesta si el carácter oral proviene de la primera etapa y la envidia, celos y hostilidad si la fuente es la etapa sádica-oral. Asimismo, una fijación en la primera etapa oral conduce a la sociabilidad, la ambición. Finalmente menciona Abraham que en algunos casos se manifiesta un apetito mórbido intenso y la inclinación a diversos tipos de perversión oral y a vomitar después de haber comido.

Al respecto dice Meltzer (1979) que: “La organización oral estaba dirigida por la boca, con su objeto de ligazón, el pecho materno, en la realidad o en la fantasía. Su preocupación era introyectiva, esto es, incorporar el alimento y su equivalente psicológico, el amor.” (p. 46). Meltzer también menciona un aspecto importante que surgió de la obra de Melanie Klein con niños pequeños: el reconocimiento de



que el mundo interno del niño estaba colmado de fantasías inconscientes de figuras buenas y malas con las cuales está en alianza o en conflicto intermitentemente (p. 67). En esta etapa oral, se desarrolla una escisión por medio de la cual el niño se divide a sí mismo y divide a sus objetos de una forma tajante en totalmente “buenos” y en totalmente “malos”, persecutorios. Las partes del sí mismo idealizadas como buenas se unen a los objetos buenos como el seno que alimenta y da afecto de la madre. (p. 69).

La libido, esa metáfora que en algunos círculos psicoanalíticos resulta obsoleta, esa energía sexual, esa energía que equivale a la palabra amor en el más amplio sentido de la palabra, ha investido la boca del niño, es esta la primera etapa en el desarrollo de la sexualidad, en donde las zonas erógenas preponderantes van cambiando y evolucionando hasta llegar al placer genital propiamente dicho. Pero no todo es placer sexual, el niño y la madre establecen un vínculo de afecto o de amor-odio, el bebé muestra un deseo de incorporar a la madre, de fusión con ella. Las partes buenas del objeto se unen a las partes buenas del sí mismo. El infante tiene probablemente miedo a la muerte, a no recibir el alimento, a ser rechazado. ¿Pero, qué sucede cuando la relación entre el niño y la madre no es satisfactoria, cuando el niño percibe el rechazo, el miedo de la madre o su agresión?, el objeto se vuelve malo, persecutorio. Sin embargo, el deseo libidinal sexual de amar y ser amado no se satisface, el niño tendrá una compulsión hacia la comida pues espera tal vez que en ella se encuentre el afecto y la protección que no recibió en su oportunidad o que recibió parcial y deficitariamente.

El bebé desea incorporar a la madre y tal vez convertirse en ella misma. El rechazo y la agresión recibidas en los primeros meses de vida del niño, probablemente provoquen que la joven bulímica vomite, desea a la madre y come compulsivamente, desea su afecto, pero siente su rechazo y a su vez la expulsa de sí misma, la vomita, ya no quiere incorporarla por el momento, desea destruirla.

A manera de ejemplo expondré el sueño de una de mis pacientes a quien llamaremos R, joven bulímica de 25 años: “Estaba parada sobre el lecho de un río



que tenía el piso mojado pero no tenía agua, había unas ratas enormes, como conejos, que se comían a unas serpientes, después las ratas se transformaban en cocodrilos que comían a personas. Aparece un componente fálico, tal vez el deseo de incorporar al padre y de poseer a la madre. En las asociaciones mencionadas se hizo patente un enojo y un deseo de aniquilar muy grande y se recordaron varios episodios sexuales de su niñez.

Dice Meltzer:

Cuando esta escisión primaria- e idealizadora del niño y sus objetos- ha tenido lugar en forma satisfactoria, cuando la ayuda paterna ha sido razonablemente adecuada, cuando ni los celos, ni la envidia, ni la intolerancia al dolor mental y físico son excesivos, algo milagroso y hermoso puede ocurrir, lo que se conoce en la insípida jerga científica como la “fenomenología del comienzo de la posición depresiva”. En el lenguaje de la vida, una tierna preocupación por el bienestar del objeto amado tiende a reemplazar la preocupación egoísta por la comodidad y seguridad de uno mismo. Aparece la capacidad para el sacrificio, los bebés esperan ser alimentados en lugar de gritar, interrumpen la succión cuando todavía queda más leche en el pecho o en la mamadera, tratan de controlar sus esfínteres para aliviar a la madre y toleran la separación a pesar de la inquietud. De la obediencia surge la bondad: de la competencia: la capacidad de trabajo; de la tolerancia la privación, el brío del desarrollo. (p. 70).

Cuando esa escisión primaria e idealizadora del niño y su madre no ha acaecido de forma satisfactoria ya que la ayuda paterna no ha sido adecuada dentro de los límites de lo razonable, la envidia, la intolerancia, el dolor mental y físico y la agresión al objeto y al sí mismo hacen su aparición. La posición depresiva no se instala adecuadamente y se manifiesta como intolerancia a la privación alimentaria. El niño tal vez se apresura a ingerir el alimento del pecho materno pues éste probablemente se le retire intempestivamente, antes de que esté satisfecho; el bulímico muerde, devora, se pasa los alimentos sin apenas masticarlos, trata tal vez de apoderarse del afecto y de la madre misma.



La anorexia como neurosis histórica

Durante la Edad Media se encontraba frecuentemente a mujeres que ayunaban y realizaban prácticas muy similares a las anoréxicas actuales y que a diferencia de otros comportamientos de tipo histérico como posesiones, alucinaciones místicas, no fueron sometidas a los rigores de la Inquisición y recibían la santificación. Es el caso de Santa Wilgerfortis que murió de inanición para evitar un matrimonio. Por ejemplo, la anorexia ha sido considerada como una neurosis histórica ya en el siglo XIX: Lassegue, neurólogo francés publicó un artículo “De la anorexie hystérique” en donde describe la conducta típica de una paciente con anorexia. Un conflicto emocional familiar entre el paciente y sus padres era la génesis de este padecimiento de acuerdo con este autor. La anorexia fue vista como una enfermedad endocrina y tratada con extractos tiroideos durante las primeras décadas del siglo XX. El movimiento psicoanalítico en los años treinta, trata inicialmente a la anorexia y la bulimia como una neurosis histórica relacionada con conflictos sexuales no resueltos.

El psicoanálisis concibe a la anorexia como un síntoma resultado de un conflicto psíquico, así, la anorexia puede estar representada con diversas estructuras patológicas. El punto de vista lacaniano establece que una estructura es la forma en que una persona se posiciona frente a la castración. La estructura psíquica es entendida a través de la estructura del lenguaje, de lo simbólico. En los trastornos psicológicos la estructura tiene una falla, una falta significativa que conduce al *agujero de lo imposible* que es la castración simbólica. La forma en que cada persona se posiciona frente a la castración simbólica es lo que dará origen a la neurosis, a la perversión o a la psicosis. (López Herrero, 2005).

Tal vez la carencia de afecto, tolerancia y tranquilidad de la etapa oral de un paciente bulímico se conjugue con el miedo a la castración y el temor al aniquilamiento por el deseo de incorporar a la madre, de ser la madre para recibir el falo de su padre, o por desear tener un falo y poseer a la madre. Otra de mis pacientes de 22 años, joven bulímica sin conductas de eliminación, a quien



llamaremos C, que presentaba atracones recurrentes y soñaba con poseer un falo. Recordó que cuando era muy niña (4 ó 5 años) se ponía diferentes objetos en la pantaleta para aparentar que tenía un pene. La madre era castrante y persecutoria y posiblemente la joven deseara poseerla para dominarla.

Con referencia a la anorexia el Dr. Freud en “El hombre de los lobos” dice que el paciente presentaba una falta de apetito, interpretada como un proceso de carácter sexual de la fase oral o caníbal y que expresaba el miedo a ser devorado por el lobo, y éste era el de servir de objeto sexual a su padre. El niño había observado la cópula de sus padres anteriormente al periodo de anorexia. Aquí tenemos claramente la conceptualización de la anorexia como una neurosis.

Una neurosis de acuerdo con Laplanche y Pontalis (1993/1967) es: “Una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa” (p 236); la bulimia nerviosa también podría considerarse como una neurosis y el conflicto podría amar y odiar a la madre, incorporarla y destruirla, expulsarla.

Trastornos alimentarios y perversión

Sin embargo, ¿es posible considerar a la bulimia nerviosa como una perversión y no como una neurosis? El término perversión es usado por Laplanche y Pontalis (1993/1967) en el sentido de: “Desviación con respecto al acto sexual normal, definido como coito dirigido a obtener un orgasmo por penetración genital, con una persona del sexo opuesto”[...] “Se dice que existe perversión: cuando el orgasmo se obtiene con otros objetos sexuales (homosexualidad, paidofilia, bestialidad, etc.) o por medio de otras zonas corporales (por ejemplo, coito anal); cuando el orgasmo se subordina imperiosamente a ciertas condiciones extrínsecas (fetichismo, transvestismo, voyeurismo y exhibicionismo, sadomasoquismo); éstas pueden incluso proporcionar por sí solas el placer sexual. De un modo más general se designa como perversión el conjunto del comportamiento psicosexual que acompaña a tales atipias en la obtención del



placer sexual” (p. 272). Tomando en cuenta la definición anterior, los trastornos de la alimentación podrían ser considerados como perversiones porque la satisfacción sexual no se lleva a cabo en los genitales sino en un estadio anterior de desarrollo sexual: en la boca. De acuerdo con el Dr. Freud la perversión sería una regresión a una fijación anterior de la libido. Así, los atracones de comida, la anorexia y la bulimia serían un tipo de fijación en la etapa oral. Freud en la síntesis de su famosa obra: “Tres ensayos de una Teoría Sexual” dice, con referencia a la perversión que ésta es una desviación de la vida sexual normal, una obstrucción del desarrollo.

Al respecto dice Winnicott (1951) que si la formación del yo es perturbada por un medio ambiente materno de sostén inadecuado, los objetos transicionales que aparecen en el desarrollo normal de la infancia se convierten en la vida adulta en relaciones sexuales perversas.

Joel Dor (1987) considera que anteriormente la perversidad se consideraba como un tipo de malignidad actuante en el individuo, en algunos de sus actos y en su comportamiento; de alguna manera se establecía un juicio moral a cierto tipo de conducta. Dice Dor: “Este desajuste desarrollado con respecto a las normas se explicaría, en lo esencial, por una inmadurez de la persona “fijada” en un estadio de desarrollo cuya postura afectiva se convirtió en la ley de su existencia”. (p. 63). En el caso de los individuos con trastornos alimentarios resulta claro que su oralidad manifiesta una fijación en un estadio de desarrollo, elemento característico de la perversión. Esta fijación en una etapa del desarrollo sexual plantea una estructura de carácter, de funcionamiento afectivo.

Por su parte el Dr. Freud en su multicitada obra habla de las inclinaciones perversas de los psiconeuróticos que por el concurso de la represión no se manifiestan en la adultez, también que:

El psicoanálisis elimina los síntomas histéricos bajo la premisa de que son sustituto -la transcripción, por decirlo así- de una serie de procesos anímicos investidos de afecto, deseos y aspiraciones, a los que en virtud de un particular proceso psíquico (la represión) se les ha denegado (frustrado) el acceso a su tramitación en una actividad psíquica susceptible de conciencia. Y, entonces, estas formaciones de pensamiento que han quedado relegadas al estado de lo inconsciente aspiran a una expresión proporcionada a su valor afectivo, a una



descarga, y en el caso de la histeria la encuentran en el proceso de la conversión en fenómenos somáticos: precisamente los síntomas histéricos. (p. 149).

En función de que los síntomas en los neuróticos son la expresión simbólica de un conflicto psíquico y una manera de exteriorizar un deseo reprimido, el Dr. Freud dice en la obra citada: “Por tanto, los síntomas se forman en parte a expensas de una sexualidad anormal; la neurosis es, por así decir, el negativo de la perversión”. (p. 150). En la perversión la persona no se reprime y expresa en lo que hace, su deseo. La perversión es la manifestación no reprimida de la sexualidad infantil. En los trastornos alimentarios como la bulimia, el paciente no se reprime, expresa su sexualidad fijada en una etapa anterior del desarrollo.

Joyce McDougall (1998) cita el caso de Georgette quien reaccionaba con edemas y reacciones alérgicas intensas ante una serie de alimentos, en particular el pescado y los moluscos. Georgette narró un sueño en que ella era bebé y trataba de alcanzar el seno materno pero este se transformaba en una frambuesa, una de las frutas a las que era alérgica. Las frambuesas se convertían en una liga y el sueño culminó en una pesadilla. El padre de Georgette le ofreció un mejillón y todavía recordaba cuando le puso gotas de limón antes de que ella se lo comiera con fruición. A partir de ese momento, los mariscos le provocaban una alergia severa. Posteriormente, en el análisis, se realizó la asociación entre el dejar caer el jugo de limón en el mejillón y dejar caer “el jugo” de su padre en “el mejillón” de la madre y los síntomas fueron desapareciendo. Georgette tenía miedo de “caer en el espacio o hecha trizas” Deseaba engullir a la madre, incorporarla fusionarse con ella y ocupar su lugar en la escena primaria junto al padre. El fantasma de Georgette era que al tener relaciones sexuales sus padres se devoraban uno al otro, asimismo ella deseaba ser comida por la madre. McDougall llama a este caso amor caníbal. ¿Será posible que en los trastornos alimentarios sucedan fantasmas como los anteriores? El bebé deseaba incorporar a la madre, a la parte buena de ella y a la vez rechaza la parte mala de la misma. En la primera situación come desmesuradamente, se da un atracón, y en el segundo, vomita. Desea el afecto y el alimento materno que no recibió adecuadamente en su momento,



siente un deseo de agresión y violencia y lo vomita. En el caso de Georgette ella evita comer los alimentos que le provocan alergia, lo cual es una manifestación neurótica, en el caso de una bulímica, ella toma el alimento con todo lo que este representa y después lo expulsa, lo rechaza.

Meltzer en *Estados sexuales de la mente* (1974) habla de la propuesta del Dr. Freud llamada compulsión a la repetición, citándolo: Parece que el instinto es un impulso inherente a la vida orgánica a volver a un estado de cosas anteriores que la entidad viviente ha sido obligada a abandonar bajo la presión de fuerzas externas perturbadoras. Dice Meltzer: En la práctica, eso significa simplemente que es tan fuerte el impulso a repetir la forma de relaciones objetales pasadas que éstas irrumpirán en la escena cada vez que el impedimento a hacerlo desaparezca. (p. 39). El proceso desarrollado por una anoréxica o una bulímica se repetirá hasta que la interpretación logre desenmarañar la madeja.

Referencias Bibliográficas

- Abraham, K. (1926) Carácter-formation on the genital level of libido-development. *International Journal of Psychoanalysis*, 7: 214-222. En Hinshelwood, R.D. (Ed) (2004) *Influential Papers From the 1920s*. International Journal of Psychoanalysis Key Papers Series. Papers from the Decades. London: Karnac.
- Mahíque, P. (2005-febrero-02) Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado: 2 de Febrero 2005]; Conferencia 55-CI_A: [36 pantallas]. Disponible en http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa55/conferencias/55_ci_h.htm
- Dor, J. (1987) Estructura y perversiones. Barcelona: Gedisa.
- Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. En *Sigmund Freud. Obras Completas* Vol. XIV. Buenos Aires: Amorroutu.113.
- Freud, S. (1915) Tres Ensayos de teoría sexual. En *Sigmund Freud. Obras Completas* Vol. VII. Buenos Aires: Amorroutu.
- Laplanche, J. y J.B. Pontalis (1993/1967) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Paidós.
- Lassegue, C. (1873) De la anorexie hysterique. *Archives Générales de Médecine*, abril, pp 385-403. Citado por Mahíque, P. (2005-02-02) Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado: 2 de Febrero 2005]; Conferencia 55-CI_A: [36 pantallas]. Disponible en http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa55/conferencias/55_ci_h.htm
- LópLópez Herrero, L. (2005-febrero-4) Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/72_colaboraciones1.pdf
- MelMeltzer, D. (1974) Estados sexuales de la mente. Buenos Aires: Kargierman.
- Mc Mc Dougall (1998) Las mil caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones. Buenos Aires: Paidós.



- NarNardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002) Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder.
- Vanderlinden J. Vandereycken, W. (1999) Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Barcelona: GRANICA
- Winnicot, D.W. (1951) Transitional objects and transitional phenomena, en Trough Paediatrics to Psycho-Analysis, Hogarth, Londres; Basic Books, Nueva York. Citado por: Kahn M.M. (1987) Alienación en las perversiones. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. p. 19.