

BULIMIA NERVIOSA, ¿TRASTORNO O CRITERIO?
REVISIÓN ETIOLÓGICA DE LA BULIMIA NERVIOSA: A PROPÓSITO DE UN GRUPO DE APOYO

BULIMIA NERVOSA, DISORDER OR CRITERIA?
A REVIEW OF THE ETHOLOGY OF BULIMIA NERVOSA REGARDING A HELPING GROUP

Gema Quintas Pavía

Psicóloga

Experto en Trastornos del Comportamiento Alimentario por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Voluntaria en ADANER (Asociación en Defensa de la Anorexia Nerviosa)

Resumen: El propósito de este artículo es reflexionar sobre la etiología multifactorial de la Bulimia Nerviosa (BN) en relación a su interacción con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) simple y complejo (DESNOS: Trastorno de Estrés Extremo), que ayudaría a la configuración de un Trastorno de Personalidad (Trastorno Límite más frecuentemente, según señalan los estudios de comorbilidad). Para poder relacionar estos conceptos, se enmarcará su explicación a través de la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad y se tendrán, además, en cuenta factores de riesgo sociales, culturales y personales para explicar esta patología. La personalidad trastornada (de manera dimensional) por la previa traumatización, sumada a los mecanismos de acción de la amígdala en la no integración del recuerdo traumático, determinarían la existencia y retroalimentación de la Bulimia Nerviosa como mecanismo disociativo ante la reexperimentación del trauma. Para apoyar este trabajo, se exponen varios testimonios de afectados de BN extraídos de un grupo de apoyo.

Palabras clave: bulimia nerviosa, trastorno, criterio, etiología, grupo de apoyo.

Abstract: The aim of this paper is to reflect on the multifactorial ethology of Bulimia Nervosa regarding its interaction in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) simple and complex (DESNOS: Disorder of Extreme Stress), which will help shaping a Personality Disorder (usually a Borderline Personality Disorder, as other comorbidity researches frequently show). To relate these concepts, this study will be framed within the Theory of Structural Dissociation of the Personality (TDSP). Social, cultural and personal risk factors will be also kept in mind to explain this pathology. Disordered personality (in a dimensional manner) triggered by a previous trauma, in addition to the amygdala non integration mechanism for traumatic memories, will determinate the existence and feedback of the Bulimia Nervosa as a dissociative defense for the re-experimentation of the trauma. To support this article, some of the testimonies of several people affected by BN, taken from a helping group, will be exposed as well.

Keywords: bulimia nervosa, disorder, criteria, ethology, helping group.

INTRODUCCIÓN

En los manuales actuales de diagnóstico nos encontramos los Trastornos de Personalidad (TP), la Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT) como entidades nosológicas aparte; sin embargo, también nos encontramos, con frecuencia, ante un solapamiento de varios de sus síntomas y su etiología. Teorías como la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad (TDSP) nos puede ayudar a relacionar estos tres diagnósticos estableciéndose como predisponentes, precipitantes y mantenedores, unos de otros. Nos ofrece la posibilidad de poner en relación la BN como síntoma disociativo producido por un TEPT acumulativo en la infancia y a lo largo de la vida del adulto, que se ve reforzado por las características de la personalidad del individuo, pudiendo explicarse por un posible Trastorno de personalidad (o los rasgos de varios de ellos configurando una personalidad trastornada), también influido en su génesis y desarrollo, por la historia de trauma de los pacientes.

La reflexión que se pretende con este artículo es tratar de explicar el hecho de que, en muchos casos, esa sintomatología Bulímica no es más que un síntoma proveniente de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante que han ido transformando los rasgos de su personalidad hasta configurar una personalidad trastornada, entiendo esto como una personalidad inadaptada que subyace a los demás problemas que observamos en el sujeto, pues no es necesario que cumpla todos los criterios de un TP concreto de los categorizados en el DSM-IV, para resultar desadaptativo para el sujeto. Entendiéndolo de esta forma, comprenderemos de manera clara cómo el tratamiento terapéutico de la Bulimia debe ir encaminado a la psicoeducación y manejo de las tendencias que caracterizan su personalidad así como, al mismo tiempo a la verbalización y el reprocesamiento del trauma (a través de EMDR, por ejemplo). Estos pacientes deben comprender pues, los rasgos de su personalidad, aprender a identificarlos y saber cómo paliar la tendencia a vincular las emociones negativas a la comida. Respecto al trauma, reprocesar la parte disociada facilitará, poco a poco, la ruptura con las conductas bulímicas.

Trataremos de enmarcar la BN dentro de la cultura existente en la actualidad para poder entender cómo influye y qué papel tiene el contexto social y cultural, si bien no puede ser considerada una causa determinante de este trastorno, en la etiología del mismo.

Comentando el contexto familiar, importante en la formación de las historias de trauma complejo de estos individuos quienes, a menudo, se han enfrentado a situaciones que han influido severamente en la formación de sus rasgos de personalidad y en su manera de afrontar las crisis, se explicará cómo es el mecanismo de la BN atendiendo a la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad. Finalmente, y para poder ilustrar todo lo comentado, se incluyen en este artículo varios testimonios de pacientes extraídos de un grupo de apoyo especializado en BN

DISCUSIÓN

La Bulimia Nerviosa no es un Trastorno que pueda surgir de manera aislada. Se trata de un conjunto de síntomas comportamentales y emocionales que sirven de manifestación de un malestar emocional más profundo.

Ahondando en esta problemática vemos que no se puede establecer exclusivamente este diagnóstico, pues no va a haber ningún tratamiento que no incluya otros trastornos, que resulte efectivo con estos pacientes. Si nos basamos en las características o criterios de la BN sólo trataremos en terapia lo referente a la alimentación y las distorsiones con su imagen y los alimentos. No se trata de que no sepan alimentarse o de que tengan una alteración en la percepción por algún factor biológico. Se trata de que esas distorsiones vienen por un problema emocional que tiene su base en la historia de vida del paciente por la que ha ido configurando una personalidad y unos modos de actuar que le impiden, porque no conoce otros, vivir de una manera adaptativa y feliz.

Prueba de ello es la comorbilidad que se ha investigado entre estas variables: BN, TLP y TEPT.

¿Es, entonces, la BN un trastorno en sí que puede darse únicamente o está incluido en los criterios para diagnosticar otros trastornos del eje I como un TEPT (complejo) o del eje II como un TLP? Si se ha estudiado la relación que hay entre un trauma complejo y el TLP, ¿puede que la BN sea una forma más de manifestar, de manera disociada y dentro de un trastorno de personalidad, ese dolor emocional que proviene de un trauma? En cualquier caso, no será necesario cumplir los criterios de un TP para que sea precisamente la personalidad trastornada del individuo (configurada por distintos rasgos desadaptativos, o una mala combinación de ellos, fruto de la modulación de su personalidad sufrida tras las experiencias traumáticas) la que lleve a esta persona a recurrir siempre a la BN como válvula de escape o como defensa para afrontar su realidad.

El modelo biopsicosocial que propone Linehan para la formación del TLP afirma que el principal trastorno que observamos en personas diagnosticadas con TLP es la desregulación emocional. Ésta aparece como resultado de un conjunto de cierta predisposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre ambos factores a lo largo del desarrollo de la persona (Linehan, 2003).

Bronfrenbrenner en su clásico modelo ecológico, concibe al individuo como el producto de varios sistemas concéntricos que interaccionan entre sí. La persona se desarrolla en una serie de entornos que engloban los unos a los otros. En cada nivel, diversos factores se relacionan entre sí. No hay un solo factor que por sí solo pueda causar esta conducta bulímica en sí misma. Este modelo impide la explicación reduccionista de la BN como producto, por ejemplo, de la influencia de los medios de comunicación cuestión que se discute en los informativos cada vez que hay un desfile de modelos o una campaña publicitaria controvertida. Cada sistema es un factor de riesgo, pero en ningún caso es la única causa de esta patología. Las transacciones entre los distintos sistemas dan como resultado al individuo (Bronfrenbrenner, 1987).

Tabla 1

Sintomatología Comportamental y Mental en la Bulimia Nerviosa

Síntomas comportamentales

Conducta alimentaria

Atracones alimentarios a escondidas al menos dos veces a la semana durante un periodo no inferior a tres meses.

Intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales.

Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa.

Ingestión de comidas dedicadas a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia.

Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café o bebidas light.

Consumo intensivo de chicles sin azúcar.

Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir el ansia de comer.

Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía.

Evitación de comidas sociales.

Conducta destinada a compensar atracones y perder peso

Aumento aparente de las horas de actividades útiles y estudio.

Disminución del rendimiento escolar o laboral.

Inasistencia a clases o al trabajo.

Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse.

Vida familiar

Irritabilidad y cambios bruscos de humor.

Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites.

Desorden con su ropa, habitación, incluso higiene.

Mentira evitativa y también innecesaria.

Robo de comida, dinero y objetos inútiles.

Vida social

Intensa e indiscriminada vida social con intervalos de aislamiento.

Vida sentimental intensa, inestable o ausente.

Actividad sexual que puede fluctuar de ninguna a cierta promiscuidad.

Sucesivos cambios y problemas con amistades

Consumo de tóxicos

Consumo de alcohol, en ocasiones, sin medida.

Consumo de otras drogas en situaciones sociales.

Síntomas mentales y emocionales

Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.

Trastorno severo de la imagen corporal.

Negación total o parcial de enfermedad.

Sensación de ansia por comer persistente.

Sueños con atracones.

Dificultad de concentración y aprendizaje.

Razonamiento empobrecido por su elección de todo o nada.

Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos.

Sensación de ansiedad difusa y envolvente.

Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.

Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a los otros. Severo egocentrismo donde el otro desaparece o es un instrumento.

Fijación de metas por encima de su capacidad actual.

Dificultad para captar las claves de interacción personal.

Intensa desconfianza seguida de acercamiento pueril.

Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.

Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo.

Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la persona.

Nota Fuente: Morandé, G. (1995). Un peligro llamado anorexia: la tentación de adelgazar. Temas de hoy. Madrid: España.

Todos los modelos etiológicos de la BN convergen en el hecho de que el individuo es producto irremediamente de sus características propias, su entorno familiar y cultural, y las interacciones entre todos los sistemas. Se trata de una patología multicausal en la que ninguno de los factores por sí solo es suficiente para explicar el desarrollo del trastorno. La relación entre la vulnerabilidad biológica del individuo y la interacción entre factores de protección y factores de riesgo, harán que surja o no esta patología. Su curso dependerá de que la presencia de una serie de acontecimientos active esa vulnerabilidad individual del sujeto hacia unos factores de riesgo determinados y de la puesta en marcha de factores de protección que amortiguarán el desarrollo del problema (Gómez, 2007). Se hace preciso analizar en este artículo el compendio de todos esos factores.

ALGUNOS DATOS DE COMORBILIDAD

Numerosos estudios han encontrado evidencias de la comorbilidad entre estas patologías. La alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad puede oscilar del 51% al 84% de los casos. Estudios recientes confirman estos datos (cfr. Dolan, Evans y Norton, 1994; Garner y Myerholtz, 1998; Grilo et al. 1996; Matsunaga et al., 1998).

Según Bulik, Sullivan, Joyce, y Carter (1995) y Lenin y Hyler (1986), el 63% de los pacientes bulímicos cuentan con algún trastorno de personalidad, sobre todo el límite, así como también algún otro del grupo C (evitador, obsesivo o dependiente) o del grupo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico). En una revisión realizada por Dolan et al. (1994), queda patente la existencia de una tasa de comorbilidad del 24% al 44% de la bulimia con la personalidad límite). En general, la comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria, sobre todo cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos.

En la bulimia lo más llamativo es la comorbilidad simultánea con varios trastornos de personalidad, siendo los más frecuentes del grupo B (límite e histriónico) y en menor medida, del grupo C (evitador y obsesivo). (Echeburúa, 2001).

Cuando hay una comorbilidad entre un trastorno de la conducta alimentaria y un trastorno de la personalidad, suelen aparecer además otros síntomas psicopatológicos como depresión o ansiedad (Gartner et al. 1989; Matsunaga et al. 1998). Existe también una comorbilidad frecuente entre el TEPT y el TLP (Driessen et al. 2002, McLean & Gallop, 2003; Harned, Rizvi, & Linehan 2010). Otros autores encuentran relación entre el TLP y el abuso emocional (Kingdom et al, 2010) y distintos tipos de abuso (Grover, 2007; Tyrka et al, 2009).

Los síntomas TEPT predicen, junto con la sintomatología disociativa, las conductas autodestructivas (Spitzer et al, 2000; Sansone et al, 1995). Ejemplo de conducta autodestructiva sería la BN.

Las tasas de maltrato infantil entre individuos con TP son altas en general (73% abuso, 82% negligencia). El TLP se asocia con abuso y negligencia en la infancia de modo más consistente que otros diagnósticos de TP (Battle, Shea, Johnson, et al 2004).

Golier et al (2003) encontraron altas tasas de trauma temprano y a lo largo de la vida en una muestra de TP.

INFLUENCIA DE LA SOCIEDAD Y LA CULTURA ACTUAL

Es una realidad el hecho de que en la actualidad y desde el siglo XX, la cultura en la que vivimos se ha ido enfocando hacia el éxito individual en aras del beneficio colectivo. Se premia el obsesivo culto al cuerpo viviendo en una cultura de la extrema delgadez continuamente en el límite de lo que, se supone, es saludable y lo que es una enfermedad diagnosticada por los manuales. Términos que antes no escuchábamos como ortorexia o dismorfia corporal, son enfermedades hoy de las que se oye hablar a menudo, si bien es cierto que muchos de quienes las padecen no están diagnosticados, precisamente, por esa delgada línea que separa lo sano o más convencional de lo patológico porque, ¿quién no desea comer sano? Y ¿quién no está a disgusto con una parte de su cuerpo? El mensaje habitual de los medios parece ser: “somos los que comemos”, así que ¡cómo no voy a querer comer sano para lucir un cuerpo 10!

Con demasiada frecuencia la valoración de la valía personal y profesional incluye la apariencia física. La mujer ha pasado de estar en casa cuidando a los hijos a ser una alta ejecutiva con responsabilidades profesionales que ha de reafirmarse ante aquellos que aún piensan que las mujeres no están capacitadas para un puesto de alto mando, al mismo tiempo que ha de justificar que es buena madre y mejor esposa. En contraposición y de manera implícita, al hombre, quien nunca tuvo que justificar esa posición de poder que naturalmente se le adjudicaba, se le infunde ahora socialmente la presión de que el papel de “hombre de la casa” que trabaja fuera y trae el dinero está desapareciendo, peligrando así su estatus de poder. Evidentemente estos son estereotipos, más bien exagerados, de lo que la sociedad actual nos incita a pensar, pero es interesante seguir la evolución en el cambio de roles y expectativas sociales que ha ido transformado nuestra sociedad desde la Primera Guerra Mundial, momento a partir del cual los estereotipos de belleza y poder no han dejado de mutar.

Efectivamente, todos estamos expuestos a esta influencia de la cultura del extremo culto al éxito profesional y personal, relacionado íntimamente con el culto a la belleza. No hay más que echarle un vistazo a cualquier anuncio de cosmética que, en seguida, relaciona un desodorante con la imagen de una supermujer bella y cualificada, o un antiojeras para hombre que lo capacita para el éxito en su trabajo

además de hacerlo irresistible para las mujeres. Todos estamos bajo el influjo de estos nuevos modelos de vida pero es rotundamente erróneo pensar que son un factor determinante para padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Mientras los países desarrollados luchan por adelgazar, los países subdesarrollados combaten por todo lo contrario. La lucha por la delgadez, avalada por el sector médico para lidiar con un mal cada día más extendido como es la obesidad, poco a poco y de manera sutil, se convierte en un excesivo culto al cuerpo, supuestamente bello y sano. Sin embargo, tras tres décadas de cultura antiobesidad, la gente sigue engordando. El número de afectados aumenta en los espacios sociales donde se participa el rechazo social y el estar delgado es “condición” para ser aceptado. En el caso de la mujer del siglo XX, además, se pone en juego la valoración de su rol en todo su conjunto (Morandé, 1995) lo que explica, en muchos casos, la alta prevalencia de los TCA en mujeres, por estar sometidas a una mayor presión cultural.

Estos patrones de perfección en que nos movemos, han llegado incluso a calar en las pautas de crianza. Siguiendo a Bettelheim, el binomio formado por padre y madre ha de ser aceptable: no existe la perfección y es inútil buscarla. Ello abocará a la frustración de padres e hijos, quienes aprenderán el modelo de que “lo aceptable no vale, hay que ser perfecto”.

Así, la moda y el fin sobrevalorado de luchar para evitar la obesidad, lleva a millones de personas a restringir su alimentación e iniciar dietas que en muy poco tiempo pretenden conseguir objetivos difícilmente alcanzables para el organismo.

Mientras tanto, la publicidad nos muestra lo que no somos o no tenemos, generando una continua insatisfacción: siempre va a haber alguien con mejor aspecto. Revistas y anuncios muestran imágenes retocadas mediante programas de ordenador y trucos publicitarios que ni siquiera se corresponde con la realidad. Queremos ser como “modelos” que no existen. Implícitamente el bombardeo es constante: “cambie su silueta y cambiará su vida”: será más feliz, su valoración social será mayor, su autoestima aumentará y todos desearán ser como usted. Estar continuamente expuestos a este tipo de mensajes hace que perseguir el ideal del cuerpo 10 a cualquier precio pueda contagiarse de unos a otros, al ser el tema recurrente de conversación en familias, lugares de trabajo, colegios, etc. (Morandé, 1995). Pero, si bien es cierto que todos estamos sometidos a esta presión, solo una parte de la sociedad no consigue tolerarla y sucumbe a un TCA

Las transiciones entre unos cuadros y otros son muy frecuentes. Los TCA forman parte de un continuo entre conductas anoréxicas y bulímicas; de la restricción e incluso ayuno, a los atracones seguidos de conductas purgativas. Por definición y puro sentido común, aunque nos resistimos a aceptar esta realidad, las restricciones de la dieta nos conducen irremediamente a un exceso. A mayor privación, mayor exceso le sigue. La mayoría de las investigaciones actuales confirman la idea de que el resultado final de la privación de comida es el aumento de la grasa acumulada. Las dietas hacen que se produzca una

enzima que favorece la acumulación de grasa. Los ciclos de abandono y recomienzo de dietas aumentan de manera demostrable la gordura del cuerpo. Se trata de una tendencia fisiológica que nos dota de la capacidad de resistir insuficiencias mediante el almacenamiento de reservas (Hirschmann y Munter, 1988). Además, las dietas crean el hábito de comer ansiosamente. Por ello cuando alguien que hace dieta se la salta o, dicho vulgarmente: hace “trampas”, la ansiedad con la que ingiere aquello que ha estado luchando por restringir viene determinada por esta limitación previa. Esta ansiedad acumulada se libera en forma de atracón compulsivo. Sin embargo, el sentimiento de culpa y el desprecio hacia uno mismo, no solo por haberse saltado la dieta sino por haberlo hecho de manera excesiva, generará el consiguiente periodo restrictivo que iniciará el ciclo una y otra vez.

Dieta a dieta, no perdemos la fe y nos resistimos a creer, a pesar de la evidencia, que no existen las “dietas milagro”. Finalmente, en aquellos con cierta vulnerabilidad, este ciclo de restricciones, atracones y sentimientos de culpa y desprecio harán que la balanza de la pérdida del control se incline hacia un extremo, desarrollando un efecto rebote, o hacia el otro, perseverando irracionalmente en la delgadez.

En nuestra cultura la alimentación cimenta uno de los instrumentos que utilizamos a menudo para iniciar y mantener relaciones personales y de negocios (Turón, 1997). No se trata sólo de una mera función de nutrición si no de un entramado más complejo que subyace en las relaciones sociales. Y en el caso de los TCA, la comida tiene una connotación excesivamente emocional como herramienta fundamental para tolerar la frustración y hacer más llevadero el malestar psicológico que precede al acto de comer compulsivamente y purgarse. El acto del atracón es, en muchos casos, un resorte que salta de manera casi inconsciente o directamente inconsciente, pues los propios pacientes alegan que “algo” se apodera de ellos en esos momentos. Como analizaremos en profundidad más adelante, se trata de una conducta disociada.

Se especula, en ocasiones, que el hecho de tener personas con TCA alrededor puede hacer que se nos “peguen” sus costumbres. Este argumento se aprecia especialmente en familias con hijos preadolescentes o adolescentes que descubren que éstos tienen un amigo/a con esta problemática. En seguida temen que los suyos copien las conductas de éstos. Pero tal argumento sería equivalente a decir que la diabetes se contagia. Para cualquiera que tenga vulnerabilidad y esto es lo realmente importante, relacionarse con personas con trastornos alimenticios puede que promueva la imitación de estas conductas. Sin embargo, en muchos casos, quienes padecen estos problemas previenen a los demás de sufrirlos y no es común el hecho de que traten de promover esos hábitos en los otros. Suelen, por el contrario, preocuparse de que la alimentación de los demás sea adecuada: saben mejor que nadie el infierno que supone vivir bajo la continua obsesión de la comida.

Asistimos así a la siguiente paradoja: mientras no se haya diagnosticado a alguien de Anorexia o Bulimia, se le alaba su figura y su aspecto por muy trastornada que se encuentre su alimentación, sin

embargo, una vez que se sabe que padece esta enfermedad, se le repudia y no se comprende “*cómo puede hacer cosas tan raras como comer y vomitar por gusto*”. Se confunde una enfermedad con un capricho fruto de una moda pasajera.

LA FAMILIA Y EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS

A menudo nos topamos con historias de trauma en los pacientes con BN que comienzan en el erróneo establecimiento de los vínculos con sus figuras de referencia. Es habitual que en estos pacientes, el ambiente les haya resultado invalidante a lo largo de toda su infancia, adolescencia y aún a día de hoy, persista por el hecho mismo de persistir la relación con sus familias.

Todos necesitamos el sostén familiar en la infancia y son los progenitores, en primer lugar, los encargados de desarrollar ese vínculo. Detrás de las personas con TLP hay una historia de apego muy deficitaria: siguen teniendo los mismos recursos que tiene un niño pequeño. Los comportamientos intensos o agresivos son producto de esa falta de recursos. Lo mismo ocurre con los pacientes de BN, como podremos observar en sus testimonios sobre la relación con sus figuras de apego. Esta es una de las razones que nos impulsa a pensar en la existencia de un paralelismo entre el origen de ambos trastornos, y el motivo de plantearse si puede que formen ambos parte de una misma patología.

El ser humano necesita esta experiencia del vínculo como reguladora de su sistema emocional y es fundamental para un desarrollo armonioso de sí mismo (Bowlby, 1973). Un apego seguro y adecuado se desarrolla cuando las figuras vinculares responden a las demandas de sus hijos, atendiendo a sus necesidades físicas y emocionales, al mismo tiempo que favorecen su autonomía.

El desarrollo de la psique humana empieza desde fuera de la persona pues vamos adquiriendo, gradualmente, conciencia de nuestra existencia y desarrollamos capacidades porque otros deciden vincularse a nosotros; aprendemos, entonces, de dichos modelos vinculares (Horno, 2004). Las figuras parentales con las que establecemos esta relación vincular afectiva en primer lugar, nos proporcionan modelos cognitivos de referencia sobre nosotros mismos y sobre los demás. Se trata de un modelo de relación con sus correspondientes expectativas sobre nosotros y los otros. En los modelos, hay aprendizajes positivos y negativos fruto de esas relaciones vinculares. Estos aprendizajes determinarán la forma en la que la persona irá afrontando las situaciones a las que se enfrente a lo largo de su vida. Al mismo tiempo, estas experiencias vitales modifican los modelos establecidos previamente. Pero la posibilidad de modificar esos modelos depende, en gran medida, de que el afecto generado por las figuras vinculares parentales o primarias, haya favorecido la independencia, el crecimiento y la autonomía en la persona, cuestión que en pacientes afectados de BN, como veremos, no queda claro que se haya favorecido de manera óptima. Son, pues, reticentes a la integración de nuevos aprendizajes en el modelo preestablecido.

Así mismo, también son importantes nuestras relaciones y vínculos fuera de casa y con nuestros iguales desde que somos niños, pues es cómo aprendemos, mediante el intercambio de información con los demás, a elaborar estrategias de interacción, aprendemos normas sociales implícitas en nuestro grupo de amigos y normas sociales explícitas en el colegio, por ejemplo, a través del aprendizaje de rutinas y el respeto de la autoridad que supone un profesor.

Nuestra relación con la familia nos ayuda a generar modelos de actuación que comenzamos a usar desde niños con los demás, desde nuestras primeras interacciones en la guardería y posteriormente en el colegio. Así vamos conformando una serie de expectativas y de patrones de cómo enfrentarnos a cada situación. Estas experiencias tempranas determinarán nuestra personalidad y nuestros esquemas cognitivos futuros.

Cuando las figuras vinculares parentales no tienen un buen aprendizaje de la regulación emocional y su gestión, van a transmitir a sus hijos una gestión sesgada hacia uno de los extremos y carente en otros sentidos. Se van a dar juicios erróneos como, por ejemplo, miedo a las aproximaciones. A menudo, ninguno de los pacientes con BN ha desarrollado un apego seguro, más bien encontramos apegos inseguros evitativos, ambivalentes o desorganizados. Bartholomew (1994) habla precisamente del patrón vincular que desarrollan los adultos en función del modelo que tienen de sí mismos (positivo o negativo) y el modelo que tienen de los demás (positivo o negativo). En ningún caso, como resulta predecible, se observa que estos adultos posean un vínculo de tipo seguro (positivo-positivo), sino que están sesgados, dependiendo de sus modelos paternos, hacia combinaciones entre cogniciones de tipo “la gente es mala por naturaleza” y/o “yo no soy lo suficientemente bueno en nada”.

La dinámica familiar es una pieza clave en el desarrollo de esta vinculación de los afectos y las emociones a la comida. Diversos autores han estudiado el tipo de familia según la sintomatología de los TCA, pues se suelen encontrar similitudes en las interacciones familiares de estos pacientes.

Las características familiares que describen a los familiares de pacientes con conductas anoréxicas, frecuentemente, son aglutinamiento (están todos demasiado unidos), sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos (Minuchin, 1978 citado en De los Santos, 2007). Swartz et al. (1979) añaden tres características más al definir las familias de pacientes con conductas bulímicas: aislamiento social, preocupación por las apariencias, incluyendo la apariencia física y la especial significación que se le da a la comida y a la alimentación por parte de la familia (De los Santos, 2007). En general, se asocian con la BN las relaciones familiares disfuncionales, acompañadas con frecuencia de alteraciones psicopatológicas en los padres: trastornos afectivos, abuso de sustancias, o agresividad. Se señalan actitudes de hostilidad y negativismo por parte de las familias frente a las necesidades emocionales de sus hijos (Turón, 1997).

En este artículo no haremos distinciones sobre los tipos de familia, pues las características de ambas están comprendidas en las historias familiares de los pacientes de BN justamente por el hecho mismo de que, si entendemos los TCA como un continuo, no se hace necesario discriminar un tipo de familia para cada patología concreta, pues se trata de la misma en distintos momentos de su evolución.

Podemos observar las dificultades que tienen los pacientes para poner límites a sus padres, especialmente, a la madre. Se trata de madres sobreprotectoras que no dejan que sus hijos tomen decisiones por ellos mismos y, en el caso de que éstos decidan tomarlas, actúan de manera inculpatoria, rencorosa y cuestionando a la persona y el afecto. Los pacientes con BN a menudo reprochan esta actitud a sus familias, ya que esto les ha evitado desarrollar unas buenas capacidades asertivas a la hora de poner límites a los demás, conducta que muy a menudo desemboca en un atracón.

Son frecuentes, en esta patología, las familias desestructuradas, la estancia en centros de acogida o la convivencia con los abuelos (en el mejor de los casos), e incluso la convivencia con personas desconocidas.

En definitiva, la historia familiar no sólo cuenta algo acerca de las situaciones sino que, sobre todo, nos habla de las explicaciones que los miembros se dan con respecto al mundo, las emociones, las relaciones, etc. Nos relata qué cosas generan tensión y angustia y cómo eso se enfrenta en esa específica familia (Castaldi, 2008).

PREDISPOSICIÓN BIOLÓGICA, PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS: ¿CÓMO ES UN PACIENTE CON BULIMIA NERVIOSA?

En la personalidad de los pacientes de BN se encuentran rasgos pocos específicos de inmadurez, hipersensibilidad, impulsividad, autoexigencia, perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, baja autoestima y tendencias obsesivo-compulsivas.

Se aprecia una acusada restricción de la expresividad emocional, escasa espontaneidad social, pensamiento rígido, necesidad de control tanto de sí mismos como del entorno, temor a evaluaciones negativas y una necesidad constante de mostrar competencia.

Los afectados de bulimia nerviosa, en un alto porcentaje, tienen rasgos de personalidad que cumplen criterios para uno o más trastornos de la misma, y en gran parte para el trastorno límite. (Toro, 1996).

Es muy frecuente que refieran síntomas de ansiedad motivados por todos los hechos que se reúnen en su cuadro clínico: falta de autoestima, preocupación excesiva por su aspecto físico, su peso y su imagen, los conflictos familiares, sus dificultades o rechazo a las relaciones sociales, el temor al tratamiento, etc. La relación con la depresión también es estrecha; a menudo los síntomas depresivos acompañan a la BN consecuencia de la limitación de actividades a las que se van sometiendo y a la intensa ansiedad que terminan por aislar al individuo.

Un rasgo característico es que su personalidad es dicotómica. La impulsividad, en ocasiones, les lleva de un extremo de un rasgo al opuesto. Pueden mostrarse por períodos muy extrovertidas y en cuestión de días, aislarse por completo. La labilidad emocional es otro de sus rasgos característicos.

Para padecer un TLP es preciso que exista una desregulación emocional como resultado de una disposición biológica y un ambiente invalidante, entendiéndose éste como una disfunción e invalidación familiar continua, contexto que promueve el control de la expresividad emocional, especialmente la del afecto negativo, así como enseña a la persona a invalidar sus propias experiencias (pensamientos, sentimientos, creencias, gustos) pues la familia no los tuvo nunca en cuenta (Linehan, 2003).

¿CÓMO INTERFIERE EL TRAUMA EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD?

El manual de diagnóstico CIE 10 define trauma al *acontecimiento o situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica*. El manual de diagnóstico DSM, al mismo tiempo, ha evolucionado su concepto de trauma a lo largo de las últimas ediciones, partiendo de la definición de trauma *como un evento con peligro de muerte, lesión grave o amenaza propia o hacia los otros*, que encontramos en 1980 en el DSM-III. En el DSM-IV se contempla como una *experiencia que constituye una amenaza para la integridad física de la persona*, pero no es hasta esta última edición con el DSM-IV-TR donde se incluye en esta definición, además, *a la integridad psíquica de la persona*.

Janet exponía el trauma como una *exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona*. Es importante esta definición ya que, al igual que en el criterio del que hablábamos antes para evaluar la violencia, el trauma se ha de valorar desde el individuo que lo sufre y no desde el acontecimiento o persona que lo causa. Se debe tener en cuenta el significado que el receptor del trauma le da a la situación en sí. Que un hecho produzca secuelas traumáticas no depende de la gravedad del hecho como tal, pues tan sólo un 1-7% de la población manifiesta un Trastorno de Estrés Postraumático, a pesar de que el 70% de la población ha estado alguna vez expuesta a un evento traumático. Evidentemente, no todos los eventos traumáticos tienen la misma carga, pues no es lo mismo un accidente de tráfico (5-10% TEPT) que una violación por parte de un familiar (50-65% TEPT) o por parte de un desconocido mediante violencia física (35-50% TEPT). Puesto que no todo el mundo que se enfrenta a estos sucesos manifiesta estos síntomas, debe haber algo idiosincrásico en quien procesa la información del acontecimiento. De manera que, ante una situación de intenso estrés emocional, no sólo tiene peso la situación en sí, pues los factores, recursos y habilidades de que cada sujeto disponga, mediarán en la integración de dicho suceso. Factores como el manejo del estrés, la adaptabilidad o la regulación emocional cumplen un papel importante en el procesamiento de este suceso traumático. En definitiva, tanto estas características como la propia capacidad de resiliencia del sujeto actuarán como factores de protección que evitarán a la persona padecer esta patología.

Hasta ahora hemos hablado de la definición de trauma aludiendo al trauma simple, caracterizado como hemos visto por un suceso o acontecimiento claramente delimitado en espacio y tiempo, con una intensidad también determinada.

Cabe comentar que la violencia no es algo ajeno a las relaciones afectivas. Existe una muy estrecha relación que existe entre el amor y la violencia ya que, a menudo, el contexto de seguridad que, se supone, es la familia, también es el contexto en el que el individuo es más vulnerable a las agresiones y la violencia, precisamente por esa relación de afecto (positivo o negativo) que existe entre sus miembros. Muchas víctimas de violencia, a pesar de ser conscientes de estar siendo agredidas, no son capaces de romper los vínculos que les unen al/los agresor/es. El criterio para saber si existe una situación de violencia o de maltrato es el daño (o riesgo de) que produce en el desarrollo de quienes lo viven, independientemente de la intención con la que fueron ejercidos (Horno, 2009).

Sin embargo, no es necesario que haya violencia explícita. En la infancia, muchas amenazas percibidas provienen más de las señales afectivas y de la accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o riesgo para la supervivencia (Schuder & Lyon-Ruth, 2004).

Lo síntomas del TEPT sólo son adecuados para describir las consecuencias de eventos traumáticos aislados, pero no incluyen las características que son consecuencia del maltrato y la negligencia tempranos, graves y crónicos. A menudo se pasa por alto los llamados “traumas ocultos” que se refieren a la incapacidad del cuidador para modular la regulación afectiva (Mosquera, González & van der Haart). Para describir esta presentación clínica de “trauma acumulativo” (Kahn, 1963) se ha propuesto una nueva categoría en el DSM-V: los Trastornos de Estrés Extremo o DESNOS (Disorders of Extreme Stress). Herman (1992) propone el concepto de “TEPT complejo”.

Con frecuencia, aunque no necesariamente, éste incluye un trauma en la infancia pero también puede ser de inicio más tardío y comenzar en la edad adulta. Está muy relacionado con la alteración del apego que, como describíamos previamente, supone el sustento de la personalidad y relación de la persona con su entorno. En una gran mayoría de los casos encontramos un modelo de apego inseguro evitativo, ambivalente o desorganizado. Sus figuras de apego no han sabido responder de manera segura y consistente a las necesidades de sus hijos y han favorecido una gran dependencia paterna o una vinculación indiscriminada en su búsqueda de referentes, que posteriormente les han dañado física y/o emocionalmente. El trauma ha ido desarrollándose a lo largo de la vida del individuo y es esto, precisamente, lo que diferencia al trauma complejo del trauma simple; la frecuencia y la duración. Varía también en complejidad, pues no todos los casos son iguales y, como comentábamos, depende siempre de quién y cómo vive esa situación.

Una de las diversas alteraciones en la regulación afectiva que encontramos descrita por la literatura es precisamente la existencia de conductas bulímicas. Muy en relación, como vemos, con las conductas de

esta índole está la disforia y el humor lábil que supone muchas veces una dificultad añadida debida a la alexitimia o incapacidad para identificar sus propias emociones, que caracteriza a estas personas. Por este motivo, en muchos casos el trabajo terapéutico es primordial enfocarlo hacia la psicoeducación y el trabajo emocional y relacional ya que no encontramos con dificultades como, a parte de la identificación, falta de aceptación emocional, carencia en el manejo emocional, escasa tolerancia a la frustración, amén de muchas dificultades a la hora de ser asertivo y poner límites a los demás.

Habitualmente en estas personas encontramos multitud de conductas y pensamientos dicotómicos de “todo o nada”; desde la expresión descontrolada a la más absoluta represión emocional. Al mismo tiempo, también, encontramos alteraciones en la consciencia que afectan a los pacientes de BN; apreciamos una preocupación rumiativa caracterizada por continuos pensamientos intrusivos.

Las altas cotas de ansiedad que generan estos pensamientos irracionales y obsesivos, se ve acentuada además, por la ansiedad que reporta la revictimización del trauma, la propia aceptación o no de la vivencia en sí, y la represión de las emociones asociadas.

Se ven acrecentadas, al mismo tiempo, las alteraciones en la autopercepción producto de la insatisfacción con ellos mismos, la culpa que, en muchos casos, sus familias les han infundado, la autoinculpación aprendida, la deshonra y los estigmas asociados tanto a la vivencia traumática como al hecho de padecer BN. Con frecuencia manifiestan acusados sentimientos de impotencia y de incapacidad para iniciar actividades “*quiero pero no puedo*”. Esto está muy influido también por la obligación persistente a realizar actividades mediante la autoexigencia exacerbada. La impulsividad, característica en la personalidad de sujetos con BN hace que se pongan en marcha, prácticamente de manera inconsciente, de manera explosiva ante esas irrupciones cognitivas, los síntomas bulímicos y la emocionalización de la comida como fuente liberadora de emociones negativas.

Otra de las alteraciones que no podemos obviar, es precisamente la percepción que estos pacientes tienen del perpetrador del abuso o maltrato físico y/o psicológico. Esta percepción se ve distorsionada porque, en la mayoría de los casos, quien les ha infringido ese daño emocional ha sido quien, justamente, debía protegerles de sufrirlo. Nos topamos con actitudes que aceptan el sistema de creencias del perpetrador e incluso algunos creen tener una relación especial con el abusador que definen de manera gravemente distorsionada.

También podemos encontrarnos con somatizaciones que acompañan a la BN (como la enfermedad de Crohn, dolores de cabeza, musculares, fiebre...) fruto del creciente malestar físico y emocional. En sus relaciones con el entorno hay distintas fases pero llegados a un punto en la evolución de la BN, la soledad, la retracción y la ruptura de las relaciones sociales se hace esencial para poder sobrellevar esa doble vida de persona perfecta de cara a los demás y persona hundida en la percepción de ellos mismos. Este continuo solapar una vida y la otra genera una fuerte ansiedad más que se suma a la ansiedad

preexistente. A menudo esto también produce trastornos o síntomas depresivos que acentúan todo lo anterior. Es en este punto donde suelen pedir ayuda, pues ya no ven otra salida; están ellos solos y sus síntomas, y la convivencia con éstos se hace intolerable. Al mismo tiempo, acuden al profesional con una actitud derrotista y con pocas esperanzas de que se pueda salir del círculo. En cuanto se ponen en tratamiento quieren ser “el paciente perfecto” producto de su autoexigencia y perfección. El pensamiento dicotómico aquí se traduce en “o sano o enfermo”. Su baja tolerancia a la frustración y la impaciencia por abandonar el rol de enfermo, juega un papel negativo en la evolución terapéutica y hace que la búsqueda de ayuda sea, una y otra vez, fallida. Es habitual que estos pacientes hayan seguido varios tratamientos con distintos profesionales y manifiesten desesperanza ante la posible cura de la BN.

TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD: UNA MANERA DE RELACIONAR LA BULIMIA NERVIOSA CON EL TRAUMA Y EL TLP

El estudio de factores aislados es importante para comprender el papel de los distintos aspectos en el desarrollo de un trastorno, pero se necesitan teorías explicativas que relacionen estos factores aislados en un marco global común. La Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad (en adelante, TDSP) basada en el modelo original del trabajo pionero de Pierre Janet (1898) nos ofrece una explicación sobre cómo las experiencias tempranas, incluyendo ciertos estilos de apego y trauma relacional, pueden generar una división de la personalidad (citado en Mosquera). La clave de los síntomas postraumáticos es la existencia de una separación o división entre la reexperimentación y la evitación del trauma. La disociación como mecanismo de defensa intentaría escindir la parte dolorosa y perturbadora, de la parte que puede llevar una vida normal.

La TDSP expone que la persona estaría formada por varias partes que actuarían de manera que se irían alternando para hacer posible esa oscilación entre la evitación y la reexperimentación. La Parte Aparentemente Normal (PAN) sería aquella encargada de seguir adelante con la vida del individuo al mismo tiempo que, evita los recuerdos traumáticos. La Parte Emocional (PE) estaría, sin embargo, centrada en el trauma y se activaría mediante disparadores externos y/o internos. Está prefijada en los sistemas de acción que se activaron en el momento del trauma. Mientras la PE contiene todos los recuerdos que refieren al trauma y las emociones asociadas al mismo, la PAN no recuerda lo ocurrido, prefiere no pensar en ello o, incluso, trata de generar un recuerdo alternativo. En la PE, los sistemas de acción están centrados en la defensa contra algún peligro. En la PAN los sistemas de acción están centrados en la socialización y la perpetuación de la especie.

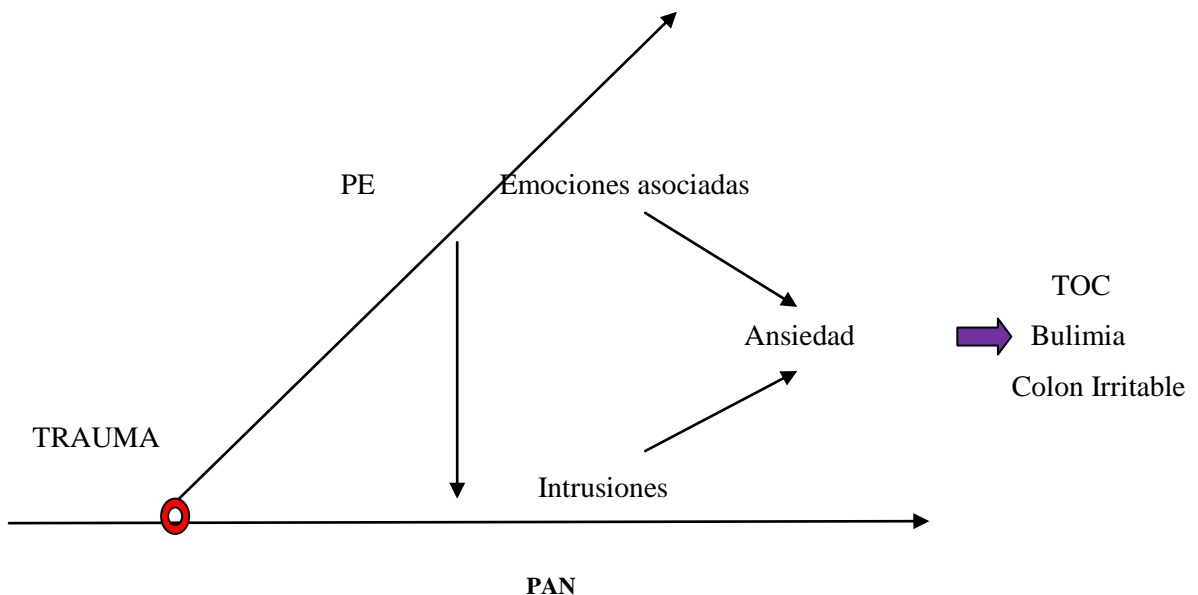
Existen tres niveles de disociación. En el primero encontraríamos una PAN para una PE (disociación no patológica; abstraerse con una actividad), en el segundo una PAN para varias PE (aquí

localizaríamos tanto el TLP como el TEPT complejo), y en el tercero, varias PAN para varias PE (Trastorno de Identidad Disociativo o Personalidad múltiple).

Respecto a la BN y para poder explicarla a la luz de esta teoría como una disociación, podríamos enmarcarla dentro de la Disociación Estructural Secundaria. Cuando el sujeto revive el trauma, algunas o todas las emociones resultan intolerables, el sujeto se disocia y para poder sobrellevar ese malestar y la ansiedad que produce, aparecen las conductas bulímicas, tanto los atracones como las conductas compensatorias. Ambas producen la sensación de vaciado emocional, el vómito es una especie de metáfora de lo que supondría expresar o, en este caso, “expulsar” emociones como lo hacemos los demás. Tras la sensación de tranquilidad, que no dura demasiado, la PAN toma el control y se siente culpable, pues es consciente del exceso y de la purga, y se promete a sí misma no volver a realizar tales conductas y para redimirse, inicia, una vez más, un ciclo restrictivo que se verá boicoteado por la PE en cuanto cualquier situación de la vida cotidiana sobrepase sus defensas y el trauma sea reactivado. Se convierte en una pauta que se activa una y otra vez y se refuerza, pues cuando el sujeto recurre a las conductas bulímicas su ansiedad baja. No sabe cómo manejar esa ansiedad, excepto con este recurso, disociándose, pues éste supone evadirse y no pensar en el momento en el que las emociones son demasiado insoportables

Figura 1

Teoría de la disociación Estructural de la Personalidad en la Bulimia Nerviosa



Nota Fuente: Aznárez, B. (2011). Curso de Experto en Psicoterapia Breve en Niños y Adolescentes. Madrid: SEMPYP.

¿CÓMO PUEDE EXPLICARSE, A NIVEL NEUROBIOLÓGICO, LA DISOCIACIÓN?

El cerebro está formado por el cerebro cognitivo y el cerebro emocional. El primero se encarga del pensamiento integrado por los inputs sensoriales, nuestra experiencia y las emociones. Se denomina así cuando cerebro cognitivo y emocional trabajan de forma integrada, pues comparten todos los conocimientos y la información íntegra sobre un evento antes de tomar la decisión de cómo actuar ante él.

El cerebro emocional está formado por estructuras subcorticales y corticales profundas, evolutivamente antiguas, que compartimos con otros muchos animales. Los datos aportados por diversos estudios dejan clara la evidencia de que existen diferentes vías paralelas e independientes de activación emocional: unas van por circuitos fundamentalmente subcorticales activando los sistemas apetitivo y defensivo de forma directa y automática (no consciente), mientras que otras pasan por circuitos corticales antes de llegar a los centros subcorticales de las emociones. Las vías directas y automáticas permiten reaccionar emocionalmente de forma inmediata ante los estímulos relevantes sin necesidad de procesarlos conscientemente, pero no se trata de procesos inconscientes en el sentido freudiano de procesos reprimidos.

La causa de la no consciencia se debe al hecho de existir estructuras diferentes para el aprendizaje emocional (vía directa) y para el recuerdo de acontecimientos emocionales (vía indirecta) (Vila y Fernández-Santaella, 2009). En condiciones normales, ambos circuitos funcionan de forma paralela dando la impresión de que somos plenamente conscientes de nuestras reacciones emocionales. En otras ocasiones se producen disociaciones y atribuciones falsas (LeDoux, 1996). Las experiencias traumáticas desorganizan o desconectan el funcionamiento paralelo de estas vías, lo que justifican las frecuentes distorsiones del recuerdo, el olvido completo o el fenómeno del falso recuerdo. LeDoux ha estudiado el papel de la amígdala en la infancia y concluye que la interacción (encuentros y desencuentros) entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida constituye un auténtico aprendizaje emocional.

Las explicaciones neurofisiológicas sugieren que existe un bloqueo en la comunicación interhemisférica. Se aprecia también una acusada disminución de la actividad del tálamo, estación de relevo que ejerce una función integradora de la respuesta emocional. Al mismo tiempo, se observa un incremento en la actividad de ciertas estructuras límbicas responsables de la activación o arousal. La amígdala es la parte del sistema límbico que otorga un significado emocional a la experiencia. Lo que ocurre en el trauma es que la amígdala se encuentra hiperactivada y estimula el hipotálamo. El cortisol (glucocorticoide) interfiere en la significación que damos a la experiencia traumática. Puede existir también, como factor biológico de la persona, una hipersensibilidad receptorial en el hipocampo (estructura que codifica la exposición a la experiencia) para el cortisol. Tanto el exceso de cortisol como la hipersensibilidad a una mínima elevación del mismo, inhibe la activación del hipocampo quedando bloqueada la codificación de la experiencia; el trauma quedaría sin procesar. Trauma como defecto fundamental de integración.

Lo que convierte un hecho en una experiencia traumática es la vehemencia con la que se experimentan las emociones (Janet, 1899). Cuando integramos los recuerdos, nuestras experiencias vitales se convierten en aprendizaje mediante la creación de esquemas que convierten el mundo en algo predecible. Por el contrario, cuando no integramos los recuerdos de manera eficaz, éstos quedan fragmentados dando lugar a los estados disociativos cuando el trauma es reactivado. La fragmentación mental permite manejar situaciones que resultan incompatibles o imposibles de tolerar de modo simultáneo. La BN como comportamiento disociado se explicaría porque la parte emocional se manifiesta a través de la compulsión. Existiría un defecto fundamental en la integración de algunas o todas las emociones.

ALGUNOS TESTIMONIOS EXTRAÍDOS DE UN GRUPO DE APOYO

El objetivo de contar con estos testimonios es prescindir de la parte teórica por un momento y centrarnos, a través de esta pequeña muestra, en cómo son, cómo piensan y cómo se sienten aquellas personas aquejadas de BN. A veces, la sociedad ha dejado entrever que este problema se elige e incluso, muchos de ellos creen que es así en un principio. No es cierto. Es una patología compleja que hace sufrir a los pacientes no sólo por lo desagradable de las situaciones que han vivido a lo largo de su vida, sino porque además en muchas ocasiones, el temor al rechazo o a que sus familiares y parejas no entiendan por qué les ocurre esto, hacen que lo hayan mantenido acallado durante prácticamente toda su vida (especialmente en los casos de más larga evolución).

Aunque es indiscutible que no existe la bulimia o la anorexia “pura” entendiendo como tal, la ausencia de interacción de los síntomas del primero en el segundo y viceversa, tomaremos como referencia que los participantes de este grupo se encuentran en una fase o etapa de corte predominantemente bulímico. En la mayor parte de los pacientes lo que encontramos es atracones de dos tipos: ingiriendo la comida o sólo masticándola y expulsándola después. Son frecuentes las conductas compensatorias y en particular, los vómitos. Ocurren bajo dos circunstancias claras: en primer lugar, como medida compensatoria directa al atracón por los sentimientos de culpa y la sensación de hinchazón en el estómago generada por la ingestión de alimentos masiva. En segundo lugar, como medida compensatoria indirecta, para paliar los sentimientos ansiosos que les generan situaciones que no son capaces de afrontar.

Ante la impotencia de no poder expresar sentimientos como una queja o una opinión por miedo al qué pensarán o qué dirán, se encierran en ellos mismos y ésta es la única manera que encuentran para “vaciar” de todas esas emociones de rabia, indefensión, celos, envidia o tristeza entre otras. Con frecuencia lo que se observa es una incapacidad de identificación de sus estados emocionales, siendo inviable la canalización y expresión de éstos. Sin embargo, esta conducta de vómito cumple una función reguladora de las emociones fundamental. La continua contención emocional sólo puede sobrellevarse mediante este tipo de expresión emocional ya que, por un momento, cumple el mismo efecto que expresar

un grito, un llanto o una carcajada. La comida o los vómitos son por este motivo un síntoma de un dolor emocional más profundo. La percepción de su cuerpo se ve influida por esta represión emocional y se culpa, castigándolo, de no haber podido o sabido enfrentarse a una situación. Situaciones que habitualmente se refieren a la vida diaria.

El dolor emocional implícito en estos actos viene determinado por una historia de trauma que antecede a todos los integrantes de este grupo. La mayoría de ellos vienen determinados también por una relación materna que ha ejercido un control desaforado sobre ellos y una excesiva importancia a la valoración de la fortaleza a través de la no expresión de sentimientos que implica que *“llorar es cosa de débiles”* y *“quejarse con todo lo que poseo es de egoístas”*, así como otras muchas distorsiones que iremos observando en los testimonios del grupo. Existe una identificación con esta figura al mismo tiempo que una negación a asemejarse a ella. Esta dicotomía procede de una relación de profunda ambivalencia. En otros casos, esto se radicaliza llegando a presentar una relación en la que no existe afecto, solo dependencia. Esta dependencia aún existente entre los pacientes y sus madres es uno de los factores que exacerban, en muchas ocasiones, la sintomatología. Aún hoy sienten que son sus madres quienes dirigen sus vidas y ello les genera esa impotencia y sentimientos de inutilidad y desbordamiento de los que hablábamos antes. Como veremos es habitual que deseen la muerte de sus padres.

La perfección y la autoexigencia están presentes también en los testimonios así como muchas distorsiones cognitivas referidas tanto a la alimentación como dentro de los propios de esquemas mentales en su percepción del mundo.

Las personas con esta sintomatología suelen tener pensamientos dicotómicos, sin embargo cuando analizan las cosas en profundidad, como suelen hacer en las sesiones del grupo, son capaces de razonar más allá de las disonancias cognitivas. Me gustaría destacar la honestidad y sinceridad de las personas que forman el grupo a la hora de aceptar y expresar sus emociones (especialmente aquellas socialmente penalizadas como el odio, la envidia o los celos, entre otras). Creo que hacen un gran esfuerzo dadas las dificultades que, en general, suelen tener para identificar y poner nombre a los que sienten.

Todos los integrantes del grupo son mayores de edad. Los testimonios han sido recogidos a lo largo de 8 meses de observación. Algunos datos de los integrantes se desconocen puesto que, al tratarse de un grupo de apoyo voluntario, ellos deciden hasta dónde contar.

Paciente 1. Mujer de 38 años.

Casada. No está en tratamiento psicológico. Tiene una hermana y un hermano. Lleva un año en el grupo. Tiene fobia a padecer obesidad mórbida.

Mi madre cree que vengo aquí a unas charlas sobre alimentación. No hace más que preguntarme que cuándo me dan el título. Sólo le importan los títulos, el reconocimiento. Mi madre admira la fortaleza.

Mi madre era modista y cuando le pedía que me hiciera un vestido me decía “cuando adelgaces 10kg te hago esa ropa”. Yo hacía gimnasia con faja.

Me hace sentir muy culpable cuando no tengo la suficiente fuerza de voluntad. El sentimiento de culpa. Desde pequeña han usado ese sentimiento de culpa para conseguir de mi todo. Lo han utilizado mucho y ahora, como no lo usan contra mí, lo uso yo. Es una manera de castigarme. Estoy enfadada. Yo me enfado mucho más conmigo misma que con los demás. En mi casa, parece ser, que no tengo derecho a enfadarme. Cuando me quejo es porque realmente no puedo más.

Hay veces que, aunque queramos a nuestros padres, no conectamos con ellos. Los silencios y los gestos duelen más que las palabras. Mi madre piensa que soy tonta y me están engañando. Damos sensación de dejadez pero no es así, somos obsesivos con todo lo contrario.

Yo los cabreos los apaciguo comiendo.

Ser excesivamente sensible es un rasgo de nuestra personalidad.

En estos 15 días mi estado de ánimo ha sido como el logotipo de sanitas, para arriba y para abajo...

Siempre estoy comparando permanentemente la cantidad de cariño que doy y la que me dan los demás. Si yo doy “equis” cariño, quiero recibir lo mismo. En cuanto recibo menos siento celos. Está relacionado con que siento que no me dan. Siempre me comparaban con los demás. Yo sacaba un 7 y mi madre me decía “y Fulanita, ¿qué ha sacado?”. Yo me comparo continuamente. Es una manera de hacerse daño. Han utilizado eso para hacerme fuerte. Cuando me hacían algo malo en el colegio, me decían “eso, para que aprendas”. Me transmitían “no te tienes que fiar de nadie, no puedes confiar en nadie”.

En mi casa han sido muy estrictos y me tenían muy controlada. Cuando me fui de casa, me descontrolé; para mí los horarios estaban de más.

Soy la llorona del grupo, no me entiendo ni yo.

Paciente 2. Mujer de 36 años

Soltera. Hace diez años que se fue de casa de sus padres. Padece enfermedad de Crohn. Está en terapia individual desde hace 2 años. Estuvo en el grupo aproximadamente 2 años. Tiene una hermana y dos hermanos.

Tus padres viven tu fracaso como su fracaso y tus éxitos como sus éxitos. No es mágico el decir “paso de mis padres”. La solución no está en convencerlos a ellos.

En el trabajo no puedo ser yo misma. No me siento. Lo identifico con mi madre. Me hace sentir que voy contra mí misma. Es el entorno en el que he crecido y del que llevo huyendo.

Reconocer el sentimiento de envidia me ha hecho entender otros sentimientos. Me ha aclarado mucho la cabeza.

Estoy muy removida, muy monotemática. Estoy aburrida porque no veo el final. Noto que mi discurso es siempre el mismo.

Antes no era consciente ni de estar enfadada.

Tengo que llamar a telefónica a protestar, pero no soy capaz de hacer la llamada cabreada. Asocio el cabreo con mis padres, con la situación de telefónica. Es o todo o nada; o dejo de tener Internet o me cabreo con telefónica. No soy capaz de buscar soluciones, me atasco. Cuando me enfado lo que me cuesta es no salir adelante como salía antes. Las herramientas que tengo para salir adelante siguen siendo las antiguas.

En el trabajo están todo el día hablando de regímenes y aún me quedan 3 meses en este curro. Estoy cansada del “tute” del trabajo, de hablar de dietas. Mi compañera de trabajo está tentando haciendo dietas y veo un perfil muy similar

Me ha costado venir hoy. He estado hablando de mi padre en la terapia y no sé si estoy preparada para hablar. Estoy muy revuelta. Estoy comiendo un montón pero no me estoy dando atracones. Pienso en los sentimientos que tenía antes pero no encuentro nada. Me ha costado venir pero, como siempre, me alegro. He estado leyendo sobre el feminismo y sobre que existe un auge de éste paralelamente a la preocupación por la estética. Desde pequeña me rebelaba contra arreglarme para gustarle a un chico, por eso no intento ir coqueta. Intento separarme de mi madre y al mismo tiempo, evitar a mi padre.

Cada vez que mi padre me toca, me tenso. Mi madre sigue haciéndome comentarios críticos sobre mi físico. Es todo tan silencioso, soterrado...sin palabras. La idea de poner límites es terrible porque no soy capaz de imaginarme poniendo un límite porque él no se expone, ni en la situación más evidente. La escena de verbalizarlo con mi padre y decir “me incomodas sexualmente”...Mi hermana lleva 14 años sin hablarse con él. Yo no lo he hablado con ella hasta que no tenía 35 años. Cada una por separado pensábamos que estábamos mal de la cabeza “qué mente más sucia tengo”. Doy gracias de que tengo una hermana porque si no, no lo estaría verbalizando aquí. Las dos lo tenemos claro. Me corroe por dentro no decírselo a nadie. Nunca ha pasado nada pero ha hecho cosas que no son normales. Me toca, me roza, me toca el sujetador...No es lo mismo que sea un tío el que lo haga, que lo haga tu padre. Tu padre es una figura distinta a eso. Llevo un año sin ver a mi padre. He aprendido que mis padres no son necesarios, la necesidad de que te quieran, de tú satisfacerlos...Pero el infligirles daño, me mata. Llevo dos años sin ver a mi hermana porque ella no quiere hablar del tema. No hablamos de familia. Mi hermana me pidió que no habláramos más del tema. A veces deseo que mi padre se muera para resolver el problema.

Yo sólo recibía cariño de mi madre cuando era una alta ejecutiva, cuando más delgada estaba... Era un reto estar siempre con miedo a no llegar a las expectativas de mi madre. Mi madre me compraba ropa más pequeña “porque si no, no adelgazarás”. Me daba anfetaminas ilegales para adelgazar.

Soy muy exigente con el dibujo porque en mi casa el nivel es muy alto. En comparación con los demás, yo dibujo bien pero lo dejé.

Los padres actúan desde el amor, aunque lo hagan mal. Es lo que cada uno vive no cómo son los padres. He llamado 4 ó 5 veces expresando mi enfado a telefónica. Porque me ha costado 4 ó 5 llamadas expresarme. Ya sé que no eres tú, es la empresa, pero me voy a desahogar.

Estaba enfadada con una amiga por una película en mi cabeza y lo hablé con ella. Llevo 3 años sin estar con Pablo. Estuvimos casi 10 años, y sentí celos. Menos mal que lo hablé.

Es un argumento más para flagelarte. Me voy creando problemas, voy sumando problemas...qué más da, como no mejoro me abandono. Antes sólo me veía culpable de una cosa, ahora soy culpable y no controlo varias cosas ¿qué va a ser lo próximo que se me va a descontrolar? La comida es el reflejo del problema, es un telón para no enfrentarte. No poner soluciones deja al descubierto la verdad; que no queremos afrontar el problema o tenemos miedo de que no se cumplan las expectativas.

Me he molestado en leer un escrito de mi madre para Hacienda y darle mi consejo. Me ha respondido “tú eres imbécil”. Yo me callo pero no entrar al trapo no significa que no te cale. Lo hace con todos mis hermanos. De pequeña no recuerdo que fuera tan agresiva, pero no recuerdo nada afectivo. Cuando era pequeña, durante mucho tiempo mi fantasía antes de dormir era que mis padres se murieran e irme a vivir con mis abuelos porque me daban afecto.

Mi madre puso a régimen a mi hermana y en mi casa la llamábamos “la gorda”.

Paciente 3. Mujer de 50 años.

Casada. Tiene dos hijas de 10 y 15 años. Padece enfermedad de Crohn con 25 años de evolución. En terapia individual desde hace 5 meses. Lleva en el grupo un año aproximadamente. Tiene un hermano. Fue diagnosticada de TOC, antes que de BN.

Trato de fomentar en mis hijas cosas que mis padres no han fomentado, cosas tuyas que no me gustan de mí.

Me han pedido que haga un test. Estoy dándole vueltas. No soy capaz de rellenarlo. Es como si me encuadrasen, como si me encasillasen. Me ha hecho comer.

Como soy tan rutinaria y cuadrículada tuve una reunión en el colegio de mi hija, no pude comer bien y se me revolvió el día.

Soy muy extrema.

Después no siento culpa, porque controlo. Controlo tanto cuando como que me genera ansiedad.

Llevo 40 años con este problema. No quiero decirlo porque voy a deprimir a los demás.

Cuando mi hija no va bien en inglés o tiene dificultades con los deberes, es cuando me doy un atracón o me miro en el espejo y me veo fatal. Es en ese momento. Me parece frívolo. Mi hija está empezando a fijarse en el cuerpo. Incluso yo pienso “con un par de kilillos menos...”. En el fondo, llevo muy mal que mi hija se dé

cuenta de que tengo bulimia. No quiero que pase como con mi madre, que me transmitió el tema de hacer dietas y de la importancia del aspecto físico.

No veo el avance (...) Sí veo el avance pero es un avance lento.

Para mí, la enfermedad es como un hábito, una costumbre. Por eso me cuesta salir de todo.

Mi marido desconoce el tema. No al 100% porque tengo la necesidad de darme un atracón después de cenar, pero no lo sabe.

No tengo derecho a quejarme y me dedico a comer como vía de escape. Estoy trabajando con el psicólogo el reconocer las emociones. No es que no me enfade nunca, es que no quiero enfadarme o no quiero que me vean enfadada, entonces me doy atracones. A medida que voy reconociendo las emociones y tengo derecho a quejarme, los atracones son menores. Y también le he gritado a mi hija adolescente. He dicho las cosas como las tenía que decir y luego no me he dado a la comida.

Cuando tengo bajadas me machaco mucho y no veo lo positivo que he tenido. El querer ser tan meticulosa con la comida y los horarios. Cuando me desmadro es por un cambio que me descoloca, algo que escapa al orden, al control. Me agobia no poder hablarlo en casa. Fue un día de muchas emociones. Es un cambio en mis rutinas y eso me genera ansiedad. Tuve un pequeño desliz con la comida.

El sábado tuve una recaída porque no controlo mi cuerpo con lo del Crohn y me di un "atraconcillo". No poder controlar la enfermedad de Crohn me llevo a tener un problema con la comida. Te castigas.

Tengo una fobia tremenda a engordar. Me ha costado bastante venir hoy. Sin atracones me falta algo. Cuando llevo una temporada muy buena, me doy un atracón y ya empiezo con una etapa de atracones. Cuando estoy así lo veo todo fatal. Cuando estoy bien desvío las emociones de la comida pero echo en falta tener atracones.

Creo que tengo un problema bastante fuerte que me cuesta superar que es el tema de hablarlo en mi casa. Me cuesta tener un acercamiento con ese tema. Las niñas nos exprimen. La dedicación que tiene mi marido con las niñas...esos celos que tengo...a veces los sobrellevo pero otras veces no. Los atracones me obtusan, me descentran.

Me animo mucho cuando controlo el tema de la comida. Cuando no gestiono mis emociones todo va a la comida.

El Crohn no me permite hacer mis cosas cotidianas. No lo acepto. Por eso me está costando remontar. Cuando tengo recaídas no lo acepto.

Yo me hago guiones "este día a esta hora...". Soy muy poco flexible. No sé decir que no.

Con 9 o 10 años, cuando los profesores me decían que querían hablar con mis padres, me comía bolsas de chucherías y las dejaba encima del armario.

Mi expareja me decía "a ver si te pones a dieta que estás engordando". No tenía que haberme casado con él, duramos un año.

Yo necesito que me digan que lo he hecho bien. Necesito el reconocimiento.

He cambiado un beso de buenas noches por un atracón nocturno. A mi me cuesta mucho llorar, y he llorado después del beso.

Yo me comparo mucho con mi madre porque ella ya tenía problemas con la comida y de ansiedad, pero siempre lo solucionó: Lexatín por aquí, Lexatín por allá. Tenía ataques de asma como una manifestación de ansiedad. Yo tomo corticoides y me comparo con ella porque ella los tomaba para los bronquios.

Paciente 4. Mujer de 57 años.

Soltera. No está en tratamiento psicológico. Acude a una asociación para niños víctimas de abusos sexuales. Tiene hipertensión. Lleva 2 años en el grupo. Tiene un hermano y dos hermanas.

Estoy cabreada por la no atención de mis padres y porque les echo de menos. Yo creo que mi madre se dejó morir.

Tengo más rabia hacia mi padre biológico que hacia el compañero de mi madre, el perpetrador de los abusos. El abusador no es para tanto. Tengo rabia respecto a mi padre porque, de alguna manera, no estuvo. Se quedó con mi hermano y no protegió a las féminas.

Estoy pensando en escribir. Necesito expresar para aclararme yo. Me exige: “ponte a escribir” y claro, no me sale y ya...desbarajuste: comida, vagancia...

Estoy con altibajos, vaga y apática. No sé como empezar. Yo quiero lo mío, lo que me pertenece: una educación, una manutención, vestirme...las vivencias con el compañero de mi madre quizás no se habrían producido. Me resulta muy difícil expresar mis sentimientos.

Yo estoy intentando decir las cosas de otra manera.

Tengo que tomarme una pastilla para la tensión, pero me da rabia porque sé que si como normalmente se me regularía. Me resisto a tomarla porque no es mucho. Si tengo la tensión alta es que lo estoy haciendo mal. Tengo que ser lo suficientemente fuerte como para poder ayudarme a mí misma, ¿es que no soy capaz? No lo termino de ver como que necesite la medicación.

Volví de vacaciones y desde que salí de allí, ansiedad. Desorden desde ayer por la tarde. Esta muy automatizado. Tengo miedo a la soledad.

Con 15-16 años yo veía que un tío se excitaba y decía: “voy a hacerle un favor al pobre”.

Me avergüenzo, me cuesta hablar del tema del acoso sexual, y digo: “no sé de qué te tienes que avergonzar”. La víctima se siente culpable. Rebobinando mi vida fue muy bueno y muy saludable hacer la comunión a los 16 años por mi cuenta. Cuando yo me confesé fue una descarga muy grande. Yo quería contarle todo con pelos y señales. Hablando con otras personas veo que no han sido capaces de hablar antes. En mi caso no hubo violencia. Fue por parte de la persona de la que más cariño y afecto recibía. Mi vida ha sido muy descolocada desde el principio. Esto me ocurre con 9 años, pero antes de esto, de los 3 a los 8 años era un descontrol. Yo muchas veces he pensado que no era una niña deseada. Mi madre tuvo varios abortos. Muchas cosas...se intentó suicidar muchas veces. Mis hermanos y yo nos encontramos en la calle y yo tenía 3 años. Estuve en un preventorio para familias sin recursos varias veces durante 6 meses.

No recuerdo nada. Recuerdo 2 o 3 episodios que no fueron muy agradables. Una vez, me castigaron y me metieron en una gruta. Detrás de mí estaba corriendo el agua.

En toda mi vida, el diálogo para resolver conflictos... no sé si será tan efectivo.

Estuve con un hombre casado. Era una dependencia afectiva la que había. Tuve un aborto porque tampoco fui capaz de llevarlo adelante. Su mujer se enteró de que estábamos juntos y se quedó embarazada. No fui capaz de dejarle, nos fuimos distanciando.

Tuve una relación con una mujer. Por lo menos fui yo quien corté.

Hay que salvaguardarse las espaldas; yo soy muy kamikaze.

Yo mantenía relaciones sexuales con el compañero de mi madre. Yo no podía hablar con nadie, ni con mi hermana. Mi familia no lo sabía. Mi madre me llevó a vivir con ellos a París con 8 o 9 años. Mi padre estaba aquí con mis hermanos. Con 20 años se lo dije a mi hermana. Había feeling. Ella es uno de los ángeles de la guarda, eso y que le metieran en la cárcel porque yo podía haber terminado siendo prostituta, drogadicta...

Las personas maltratadas tienden a reproducir el patrón. Recuerdo que yo llevaba a uno de mis primos al baño de 3 o 4 años (yo tenía 10 u 11) y le estimulaba para que eyaculara. No lo hacía por nada sino por curiosidad. La verdad es que con mi primo la relación siempre ha sido buena, con un guiño de afinidad como diciendo "tú y yo tenemos un secreto".

Recuerdo que un día le acompañé a la óptica y mientras le miraban la vista a él yo robaba de la caja registradora. Si no le llegan a meter en la cárcel no sé si me habría ido a vivir con él. Mi madre era una persona muy histérica, me daría mucha rabia reproducir eso de mi madre. Yo controlo mucho las emociones y el hecho de no llorar. Mi hermano siempre ha sido el favorito para todo. Mi madre decía que no pero es mentira. Una madre siempre quiere y tiene más predilección por un hijo que por los otros.

Mi padre sólo se ocupó de mi hermano. Con 57 años estoy empezando a ver que mis padres hicieron lo que pudieron. A mi me habría gustado nacer en otra familia. El compañero de mi madre era el que me daba afecto y me robó la infancia y abusó de mí sexualmente. Yo no recuerdo nada de mi infancia, ahora estoy llamando a mis hermanos para enterarme de lo que pasó. Mi abuela nos echó de casa. Intervino el Tribunal Constitucional. Mi hermana mayor intentó suicidarse. Aquello era pelea tras pelea y además con el cuchillo de por medio. Mi hermana dice que no sabe si fue ella quien los denunció. Esa vivencia mía de mi infancia y la relación incestuosa...claro, después de eso te dan cariño y te agarras. Veo fotos y por un lado me repele pero por otro lado había lazos afectivos.

Paciente 5. Mujer de 22 años.

Tiene pareja desde hace 5 años (él tiene 28). Vive con su abuela. Está en terapia individual. Padece dolor en los huesos a causa de la mala alimentación. Lleva en el grupo unos meses. Tiene dos hermanos por parte de madre con los que no tiene relación.

Me da mucho miedo engordar, desde siempre. Me salto comidas, no tomo pan desde hace 2 años, bebo 2litros de agua. Tengo fobia/miedo a la gente gorda.

Mi hipótesis es que era rellenita cuando era pequeña. Fui a un colegio de niñas, nunca he tenido contacto con niños. Me enamoré de mi profesor (31 años) cuando yo tenía 12 años. Estuve 5 años enamorada porque era el padre que nunca tuve. Mi padre se murió cuando tenía 5 años. Me cambié de colegio porque mi profesor se casaba. Ahora tengo pareja desde hace 5 años, desde que me cambié de colegio. Tiene 5 años más que yo. Mi padre se murió el día del padre.

Vivo sola con mi abuela (83 años). Cuando mi madre discute con su marido (80 años), se viene a mi casa y viene sin tiempo y justo a la hora de comer. Yo hago todo en casa de mi abuela. Mi madre se quedó embarazada a los 28 años. Mi padre no quiso reconocerme. Mi madre me tiraba contra la cama y se me torcieron los ojos. Me dejaba con mi abuela y mis abuelos se hicieron cargo de mí. Me llevaron a operarme de los ojos. Mi madre desapareció y 3 años más tarde apareció con otro niño y otro padre.

Mis hermanos (17 y 19) están con una familia de acogida. Con 11 y 12 años los dejó con la familia de acogida.

Mi madre nunca me ha hecho un regalo por mi cumpleaños. No me sale llamarla mamá. Tiene 50 años y no cambia. El día que muera mi abuela yo cierro la puerta y aquí no entra. Se va de fiesta, no hace nada, no me ayuda. Yo no quiero ser la chacha de una persona de 50 años. Lo hago por mi abuela. Por estar con ese hombre dejo a mis hermanos en acogida. A penas tengo relación con ellos.

Soy muy celosa. Cuando mi novio se tiene que ir a trabajar le pregunto ¿tienes compañeras de trabajo? ¿Quién es? Yo me levanto por la mañana y abro todas sus cuentas de correo por internet. El segundo día fui con él al trabajo y le dije a una compañera suya “no te metas donde no te llaman”. Yo investigo, voy al sitio... Sé dónde vas a la hora que vas, no me puedes mentir. Tengo miedo de perderle porque es con lo único que soy feliz.

Una vez llegué a las manos con mi pareja estando de vacaciones con sus padres. Su madre me bajó las maletas, la alianza y me dijo que me fuera. Cuando los dos ya estallamos es cuando... es como una relación de ni contigo ni sin ti. No le dejo por la pereza de tirar 5 años a la basura. Para él sólo existe su madre, no existe otra cosa. Lo que pasa en su casa lo paga conmigo. Una cosa es que vigile la vida de su hijo y otra cosa es que me vigile a mí. Ese control es con todo, él le cuenta a su madre todo.

Ahora le he dicho a mi pareja que estoy en un curso en una academia presencial pero es mentira, es un curso online. Le digo que tengo descanso a las 11 y cuando me llama le digo a mi abuela que no hable, que baje la tele...

Yo ahora los celos no los tengo tanto. Vamos al mismo psicólogo pero cada uno por su lado.

Yo de primeras soy antipática con la gente. El psicólogo me dice que debería abrirme al mundo.

Siempre soy la mala de todo. La familia de mi pareja dice que si le echan del trabajo, culpa mía; si no encuentra trabajo, culpa mía...

Yo busco el cariño en las compras. Mido el cariño en función de lo que me regalo. Yo en cuanto tengo dinero, me lo gasto. En el momento en el que lo compro me siento feliz, pero luego lo meto en un cajón.

Cuando mi profesor se casó, tuve que cambiarme de colegio. Le he intentado olvidar pero vive en el mismo barrio y nos encontramos. Es peor porque para mí me revive más el pasado. Yo iba a un colegio de niñas. Perdí a mi padre y tenía derecho a que me pagaran la escolaridad, por eso tenía siempre a las monjas encima. La primera razón por la que no quería irme del colegio era por mis amigas y la segunda razón era mi profesor. Las monjas no querían que aprobase. Me mandaron a un psicólogo y me evaluaron. Dijeron que por mi falta de cariño me había enamorado y confundido los sentimientos con mi profesor.

Un conocido mío se ha suicidado. Lo he pasado mal pero ahora ya se me ha pasado.

Soy muy envidiosa. Yo no me quejo de lo que tengo pero me gustaría tener otras cosas como las que tienen los demás.

Soy una persona golosa, noto cuando estoy mal e intento cuidarme y equiparar las cosas. Me equilibrio y si como mucho ceno poco. Me duelen mucho los huesos, por eso he empezado a tomar calcio.

El otro día mi madre discutió con el marido y apareció a las 3 de la mañana en mi casa. Aunque yo no tenga sentimientos hacia ella, es mi madre y pensar que le puede pasar algo... me hace sentir mal. Yo lo que quiero es que desaparezca y no volver a saber de ella. Ella lo que quiere es salir. Su mundo es ése y de ahí no la sacas.

Paciente 6. Varón de 36 años.

Soltero. Vive con su madre. Su padre murió cuando tenía 17 años. Un año y medio en el grupo. Padece problemas gástricos y odontológicos como consecuencia de atracones y vómitos. Tiene dos hermanas, una de ellas, melliza.

Estoy empezando a encontrarme sano. Estoy haciendo 5 comidas. Me siento orgulloso de cuidarme. Me siento contento; avanzando. Estoy asombrado de tener tanta paciencia en casa. Voy practicando la paciencia “así no te vas a curar, relájate”. Con mi familia discuto, pero todo va mejor. Poner límites me ha beneficiado. Antes dependía mucho de las decisiones de mi madre. Iba dirigido a agradar a mis padres, y ahora no.

Con la fiebre he confundido los síntomas de estar malo y el estómago. Esto me ha traído muchas inseguridades.

El otro día un tío se puso muy pesado. Tuve que decirle que me dejara en paz. Le insulté. Hace 7 meses me habría bajado a pegarme. Me dejó revuelto haberle insultado. Me enfado mucho, cada vez un poquito menos. Me siento mal por un lado, removido. No me he pegado ningún atracón pero sí he vomitado sin provocármelo por lo que me removió insultar a ese tío.

Me siento mal porque la relación con mi madre es de amor-odio. Mi madre me tiene muy sujeto. Yo necesito separarme de mi madre. Cuando falleció mi padre, mis hermanas se fueron pronto de casa. Sé que

es su forma. Mi madre es muy asfixiante y muy controladora. He llegado a pensar: si se muriese, me quitaría una losa de encima.

Estoy ganando confianza con mi círculo más cercano. Mi enfado con el mundo creo que es un enfado con mi madre. Estuve 3 años con una chica y me la encontré el otro día. Me iba a ir a vivir con ella y por mi madre... nada. Me malmetió. Lo dejamos hace 2 años y algo. Ahora mismo no volvería con ella. Cuando lo dejé con ella empecé con todos los síntomas. Ella no sabe nada, nunca supo de mis síntomas. Estuvimos buscando el niño. El tema se quedó sin cerrar. No volví con ella ni supe de ella hasta ahora porque no quería hacerle daño.

Noto que me cuesta romper con la relación con mi madre. Poner límites. Para mi madre, todo lo que hago es un cero a la izquierda, nunca tengo un aporte positivo.

Me gustaría que me apoyara. En todo me voy a confundir.

No se fían de que me independice. Mi hermana y mi madre hacen sus compras y sus cosas a parte. Yo llevo 3 años quedándome en Nochevieja en casa con mi madre para que no se quede sola. Mis hermanas sí que salen.

Me cuesta decir "no". No supe decirle que no a un amigo desde el primer momento, y me dio un ataque de ansiedad.

Hace un año habría estado muy agresivo, me habría descontrolado y estaría vomitando y quejándome de que todo me pasa a mí. Antes no dormía nunca.

No recuerdo nada antes de los 13 años.

CONCLUSIONES

De este artículo se deduce el hecho de que la Bulimia Nerviosa no debería nunca darse como un diagnóstico aislado pues constituye un síntoma de otros problemas subyacentes. Como hemos visto en los casos expuestos y en la bibliografía aportada a lo largo del documento, lo que nos encontramos son personalidades trastornadas y desadaptadas como consecuencia de una situación traumática continua de carácter relacional y/o abusos sexuales o físicos puntuales. Una personalidad trastornada por su circunstancia genera un perfecto caldo de cultivo para que la cultura de la perfección o la búsqueda de referentes con los que identificarse constituyan el detonante perfecto para iniciar esta espiral destructiva de las dietas.

Que no podamos incluir a un individuo bajo una categoría concreta dentro de la nosografía actual, no significa que su problemática sea inexistente o que carezca de criterios (fuera del DSM-IV-TR) para reconocer que es un sujeto inadaptado que está sufriendo. Las personas que encontramos en las consultas que padecen BN no están en los manuales de diagnóstico. Es probable que cumplan criterios aislados de trastornos del Eje I (TEPT) y del Eje II (TLP), aunque no lo podamos encasillarlas en una categoría determinada. No porque no se les pueda poner una etiqueta diagnóstica determinada, hay que olvidar que

padecen un trastorno. Es tal la interacción entre los diversos factores y el número de posibilidades que supone que es inútil describir un trastorno con categorías excluyentes pues la realidad de cada individuo es compleja y el producto de ésta no se puede describir en términos categoriales. Es igual de inútil, en ocasiones y seguir los criterios estrictamente, catalogar a un individuo de varios trastornos de manera aislada (por ejemplo TLP, BN y TEPT), pues es preciso poner en relación todos esos síntomas y analizar cómo se relacionan entre sí; las características de unos predisponen, precipitan y mantienen los otros.

Quizás el fracaso terapéutico en el tratamiento de la BN y los TCA en general, en muchos casos, se deba precisamente al hecho mismo de tratar de curar un síntoma que no es ni más ni menos que una defensa que ha elaborado el sujeto con la que evadirse y poder soportar la aceptación de su propia historia de vida. La persona ha ido desarrollando defensas a lo largo de su vida para combatir ese trauma y, en lo que nos ocupa en este estudio, una de esas defensas es la Bulimia Nerviosa como un estado disociativo. Ésta defensa se ha generalizado a la hora de afrontar todas las dificultades que se han ido presentando a lo largo de su vida, pues carece de otros recursos. De esta forma, uno de los objetivos en el tratamiento de la BN sería dotar al sujeto de nuevos recursos con los que afrontar su realidad, desde mindfulness hasta técnicas de solución de problemas, entrenamiento en asertividad, reestructuración cognitiva, etc.

Se hace absolutamente necesario, además, ahondar en los rasgos de personalidad de estos afectados así como en sus historias de vida pues ahí está la clave para conectar con su dolor emocional. Tendremos que tener presentes que tanto los rasgos de Personalidad Límite así como una historia de rupturas de sus vínculos con el afectado, hacen que el miedo atroz al abandono constituya parte a considerar de la relación terapeuta-paciente.

En otros casos habrá que tener en cuenta que a pesar de las manifestaciones del paciente de querer salir de este problema, en algunas ocasiones éste obtiene beneficios de su entorno por el simple hecho de estar enfermo y precisamente porque, aunque no de manera adaptativa, es una manera de mantener los vínculos con los demás, cabe plantearse hasta qué punto está dispuesto a abandonar su rol de enfermo. Hay que valorar qué clase de personalidad está bajo ese síntoma de BN pues es la pieza clave que hará que podamos conectar con la persona y conseguir que el tratamiento resulte exitoso. Será entonces muy distinto el tratamiento personal que debemos dar según los rasgos de personalidad (límite, histriónicos, dependientes, evitativos...) que estén alterados para poder establecer una buena alianza terapéutica y una psicoterapia eficaz en la que tengan lugar experiencias positivas y correctoras de aquello que su ambiente invalidante le inculcó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2009). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Atger, F. y Guedenay A. (2006). Apago y desarrollo. *E-37-200B-35*. Elsevier Masson.
- Battle, CL; Shea, MT; Johnson, DM; Yen, S; Zlotnick, C; Zanarini, MC; Sanislow, CA; Skodol, AE; Gunderson, JG; Grilo, CM; McGlashan, TH & Morey, LC. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*. 18: 193-211
- Bartholomew, K y Scharfe, E. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43
- Bettelheim, B. (1987). *No hay padres perfectos*. Barcelona: Crítica.
- Bowlby, J. (1973). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bulik, Cynthia M.; Sullivan, Patrick F., Joyce, Peter R.; Carter, Frances A. (1995). Temperament character and personality disorder in bulimia nervosa. *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, Vol. 183 (9), 593-598
- Castaldi, L. (2008). Trauma y trastornos de alimentación: implicaciones teóricas y terapéuticas. *Psicoperspectivas*, VII, 12-31. Recuperado el 13 de Diciembre de 2011. [En línea] disponible: <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- De los Santos, A., (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de Conducta Alimentaria*. 5, 439-456. [En línea] disponible: http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2379927
- Echeburúa, E. (2001) Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual* 9, 513 – 525.
- Echeburúa, E., Maran, I., Grijalvo, J. (2004). Prevalence of Personality Disorders in Patients with Eating Disorders: A Pilot Study Using the IPDE. *European Eating Disorders Review*. 12, 1–6.
- Gartner et al. (1989) Dsm-III-R Personality disorders in patient with eating disorders. *Journal of Psychiatry* 146, 1585-1591.
- Golier et al (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry* 160, 2018-2024.
- Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, & Tyrka AR. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*. Aug; 21(4):442-7

- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–392.
- Hirschmann, J.R, y Munter, C.H. (1988). *La obsesión de comer: cómo superar la compulsión hacia la comida*. Barcelona: Paidós.
- Horno, P. (2009). *Amor y violencia*. (2ª ed) Bilbao: desclée de brouwer.
- Khan, M.R. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *Psychoanal. St. Child*, 18:286-306.
- Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, Taylor L, Lucas E, Mahendra R, Ghosh S, Mason A, Badrakalimuthu R, Hepworth C, Read J, Mehta R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. Jun; 198(6):399-403
- LeDoux, J.E. (2000). EMOTION CIRCUITS IN THE BRAIN. *Annu. Rev. Neurosciencie* 23:155–184
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Matsunaga et al 1998. Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal eating disorders*. 23. 399-408.
- Matsunaga et al 2000. Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Internationa Journal eating disorders*. 27, 353-357
- McLean, L. M., & R. Gallop (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-71.
- Morandé, G. (19945). *Un peligro llamado anorexia: la tentación de adelgazar*. Madrid: temas de hoy.
- Mosquera, D., González, A. & Van der Haart, O. Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona*, pp.10-40
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades: Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamientos*. Madrid: Panamericana.
- Sansone RA, Sansone LA, & Wiederman MW. (1995). Trauma, borderline personality, and self-harm behaviors. *Arch Fam Med* 4(12): 1000-2.
- Sansone, RA, Gaither, GA & Songer, DA (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Victims* 17(1) pp. 49-55.
- Schuder, M & Lyons-Ruth, K. (2004).” Hidden trauma” in infancy: attachment, fearful arousal and early dysfunction on the stress response system. In Osofsky J, Ed. *Trauma in infancy and early childhood*. NY. Guilford Press. pp 69-104
- Spitzer C, Effler K, & Freyberger HJ. (2000). Posttraumatic stress disorder, dissociation and self-destructive behavior in borderline patients. *Psychosomatic Medical Psychotherapy* 4 6(3): 273-285.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

- Van der Haart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos. Parte uno de dos. [En línea] disponible: <http://www.onnovdhart.nl/articles/TSDP-PARTE%20UNO.pdf>
- Van der Haart, O., Steele, K., & Nijenhuis.(2005). Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.
- Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.
- Vila, J. y Fernández-Santaella, M^a C. (2009). *Tratamientos eficaces: la perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.

Manuscrito recibido: 06/02/2013

Revisión recibida: 01/03/2013

Manuscrito aceptado: 04/03/2013

[Trabajo de fin del título de Experto en Trastornos del Comportamiento Alimentario por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia]