

Bulimia nerviosa. Un nuevo enfoque terapéutico

M. DIÉGUEZ PORRES

Psiquiatra

Servicios de Salud Mental. Instituto José Germain. Madrid

Introducción

Se describe el trabajo psicoterapéutico con una paciente diagnosticada de bulimia nerviosa. La terapia interpersonal de la bulimia nerviosa es una psicoterapia breve y focalizada, que enfatiza el abordaje de los factores que actúan como mantenedores del trastorno. Los cambios observados en la paciente, en cuanto a desaparición de la sintomatología y modificación de patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales, sugieren que se trata de un tratamiento eficaz y, por otra parte eficiente, si tenemos en cuenta el número de horas utilizadas para el tratamiento de un trastorno que suele requerir numerosos recursos asistenciales a largo plazo. Constituye, además, una alternativa prometedora en cuanto a prevención de recaídas frente a otros abordajes fundamentalmente centrados en la modificación de los síntomas, cuya eficacia depende, en gran medida, de que se mantenga un contacto terapéutico a largo plazo.

Descripción del caso

M. es una mujer de 24 años. Acude a consulta por episodios de atracón seguidos de vómitos y alteraciones en el estado de ánimo. Dos años antes comenzó un tratamiento de orientación cognitivo-conductual que había abandonado recientemente porque le hacía sentir muy mal hablar de cosas de su pasado. El abandono se produjo tras una intervención del terapeuta que supuso un desafío a la imagen que tenía de su madre. Estaba de acuerdo en explorar su pasado, sin embargo, un encuadre que sólo permitía una cita cada 20 días le parecía insuficiente. Últimamente se encontraba especialmente nerviosa y triste, había comenzado a tomar un antidepresivo (IRSS). No relaciona su malestar actual con ningún acontecimiento reciente; sin embargo, un mes

antes empezó a vivir con su pareja tras abandonar el domicilio materno. Había tomado esta decisión poco tiempo antes y, aunque en un primer momento no pudo hablar de ello, tras varias sesiones de tratamiento me comenta que estaba teniendo fuertes discusiones con su madre en relación con que ésta no veía en su novio a una persona digna de ella.

M. es la menor de seis hermanos. Sus padres se separaron cuando contaba con seis años de edad. El padre era alcohólico y eran frecuentes las escenas de violencia y malos tratos hacia la madre. Desde entonces recuerda vagamente haber visitado a su padre algunos fines de semana antes de romper definitivamente el contacto. Estos momentos eran vividos como muy desagradables porque el padre siempre estaba bebido, sentía asco de un exceso de contacto físico con él y de la imagen de descontrol que ofrecía. Aunque sin poder precisar ninguna situación concreta, siempre tuvo la fantasía de que había abusado de ella.

Define a su madre como una mujer con aficiones culturales, atractiva para los demás porque es “divertida e interesante” pero con pocas relaciones sociales. Tiende a considerarse especial y a descalificar a los demás. Siempre ha vivido centrada en sus hijos, con grandes expectativas hacia ellos. Para M. es la persona más importante en su vida, con la que siempre ha contado para tomar decisiones. A pesar de haber tenido grandes diferencias, no tolera ningún comentario negativo de nadie hacia ella y minimiza y justifica todos sus aspectos negativos. Según su relato parece ser una persona que no muestra sentimientos de debilidad, pero que en ocasiones se victimiza de sus problemas. No suele entender los episodios depresivos de M. y le reprocha que no sea más fuerte.

M. fue una estudiante excelente. Recuerda su infancia “sometida a la disciplina del baile”. Desde los cinco años acudía a una academia de baile donde entrenaba tres horas casi a diario. Tenía que renunciar con fre-

cuencia a salir con las amigas ya que el poco tiempo de que disponía lo dedicaba a estudiar. En la academia fue elegida por la profesora, a quien califica como “una segunda madre”, entre sus alumnas preferidas y por tal motivo solía hacerla repetir delante de las demás los ejercicios que hacía mal, lo que fue una fuente de sufrimiento importante durante todos estos años. Forzó que no se le curara una lesión de tobillo para poder abandonar los entrenamientos pero tampoco quiso continuar en otra academia que nunca le proporcionaría la posibilidad de convertirse en profesional del baile.

Actualmente trabaja como secretaria de dirección en una gran empresa donde no está satisfecha; sin embargo, sólo lo dejaría para trabajar en algo relacionado con el mundo del arte, pero siente que perdió esa oportunidad al no poder ser bailarina.

No refiere ninguna relación de intimidad con amigas. Tiene un círculo de amigos que valora porque puede mantener con ellos conversaciones que ella califica de “profundas”. Su mejor amiga es una de sus hermanas, con la que sí comparte algunas de sus dificultades, pero en general la descripción que hace de las relaciones con el resto de los hermanos es muy superficial, limitándose a los aspectos positivos de la vida familiar y a que estaban muy unidos, “éramos como una piña”.

Ha tenido varias relaciones de pareja breves. Desde hace tres años mantiene una relación estable con un chico algo menor que ella, manifiesta tener dudas de si está enamorada o si en realidad depende de él. Valora sobre todo la sensación de seguridad y protección que le proporciona. Suele reaccionar con ansiedad y rabia cuando él sale con sus amigos. Por otra parte, le descalifica por sus intereses limitados y le reprocha que con frecuencia se deja arrastrar por ella.

Empieza a tener episodios de atracón-vómito a los 16 años, coincidiendo con el abandono de las clases de baile. Aunque actualmente éstos son menos frecuentes, mantiene una preocupación constante por el peso y controla su alimentación de forma bastante estricta, pero está en su peso saludable.

Tiene un pobre concepto de sí misma y sus constantes autorreproches se dirigen, sobre todo, a su imagen corporal (se ve “horrible, monstruosa, gorda”). Pasa por momentos de un estado de ánimo depresivo con sentimientos de futilidad y de vacío. Últimamente presenta con frecuencia episodios de intensa angustia y tristeza, con explosiones de llanto incoercible para los que no es capaz de encontrar una explicación y que no relaciona con ningún desencadenante. Nunca ha dejado su actividad laboral por este motivo, pero suele encerrarse en casa unos días “para que nadie me vea”.

M. tiene una enorme dificultad para mostrar y comunicar sus sentimientos. Vive los atracones y los episodios

de llanto incoercible con una angustiosa sensación de pérdida de control y con gran vergüenza. Siempre está tensa en las interacciones sociales porque realiza un gran esfuerzo para que nadie pueda notar cómo se siente, “me muestro con una máscara, nadie me conoce en realidad”. Se angustia cuando tiene que realizar tareas de cierta responsabilidad o que suponen dar cuenta de lo que hace, una de estas situaciones la impulsó a realizar un intento de suicidio.

Formulación diagnóstica

M. presenta un trastorno de larga evolución, que consiste en episodios de atracón-vómito y preocupación por el peso y la imagen corporal y que se acompaña de episodios depresivos y estados graves de ansiedad. Fue diagnosticada de bulimia nerviosa.

Los síntomas se manifiestan en contextos interpersonales determinados. La enfermedad comienza cuando abandona el baile, que actuaba hasta entonces como una fuente de control externo. El mismo papel parecen jugar la madre y la familia. Por otra parte, las situaciones que suponen una fuerte exigencia externa le han llevado incluso a realizar un intento autolítico. Podemos hipotetizar que M., al ser incapaz de estructurar un nuevo proyecto vital en una época de cambio y de aumento de las exigencias externas, entra en estado de desconcierto y de vacío. Hasta este momento había conseguido compensar un sentimiento de falta de valor personal (generado por haberse sentido insuficientemente cuidada y atendida por unos padres que no podían ofrecerle un adecuado soporte y modelo) intentando responder a las expectativas de los demás –madre exigente, alumna preferida–. Su ideal de ser competente, excelente, es lo que le proporciona el sentimiento de ser querida. Esto, que en un principio resulta adaptativo, se convierte en una fuente de continua insatisfacción ya que no consigue colmar una demanda que supone limitada, por lo que se siente decepcionante –“horrorosa, monstruosa, débil”–. No poder responder a estas expectativas constituye una amenaza de perder el amor de los demás.

M. necesita mantener una imagen idealizada de la madre buena, puesto que admitir cualquier imperfección supondría perder una figura que le ofrece externamente el sentimiento de estima personal y de dominio que no encuentra en sí misma. Por otra parte, no ha podido establecer relaciones sociales de apoyo suficientes, de tal manera que la madre es su único soporte. La relación con una pareja que le ofrece “protección y seguridad” es la única forma de poder separarse de ella. El novio se convierte en un sustituto y establece

con él una relación de fuerte dependencia afectiva que resulta insatisfactoria al no responder a su necesidad de exigencia y competencia –“poco profundo, intereses limitados”– y que, de nuevo, le devuelve una imagen de sí misma despreciable, confirmando así la necesidad del vínculo infantil con la madre.

En el resto de las relaciones interpersonales muestran la misma pauta. Necesita ocultar su debilidad y sus necesidades y satisfacer las exigencias de los demás, de lo contrario, teme ser rechazada.

Discusión

Con este planteamiento parecía claro desde el principio que era preciso establecer una relación terapéutica sólida, que le permitiera poder sentirse segura y que fuera, transitoriamente, una fuente de control externo mientras se iban analizando sus temores y que, a su vez, le permitiera ensayar otras formas de comportamiento. El tratamiento debía estar centrado en analizar los aspectos que subyacían al trastorno por dos motivos: un tratamiento centrado en los síntomas no había resultado eficaz y ella demandaba este tipo de intervención.

Además de un tratamiento farmacológico (IRSS y benzodiazepinas), se le propuso una psicoterapia breve de orientación interpersonal. Se eligieron dos áreas de conflicto a trabajar: las dificultades para acceder a una vida adulta y autónoma –transición de roles– y las dificultades de sus relaciones con los demás, en especial con la madre –disputas interpersonales–. El énfasis se puso en trabajar sobre las relaciones actuales y se acordó un tratamiento en 20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia semanal. En algunos momentos especialmente difíciles se le ofreció la posibilidad de concertar una cita anticipada o una conversación telefónica. Se plantearon como objetivos: la normalización del estado de ánimo, controlar los episodios de bulimia y de tristeza y llanto y obtener una sensación de dominio personal y autonomía que permitiera la transición de una vida adulta y la adquisición de nuevas relaciones que actuaran de soporte social fuera del círculo familiar.

Una parte importante del trabajo durante las primeras sesiones consistió en ayudar a M. a reconocer sentimientos y a poder experimentarlos en las entrevistas, relacionando sus episodios de angustia y depresión y los atracones con acontecimientos interpersonales y analizando los sentimientos auténticos asociados con ellos. Esto permitió algunas autorrevelaciones importantes que conllevaban una gran carga de angustia y de vergüenza. Una vez pudo experimentar su rabia y su tristeza, en la seguridad que le ofrecía el vínculo terapéutico, pudimos empezar a conectarlos con situacio-

nes interpersonales, en especial con la madre, y a desafiar su visión idealizada de ella.

Se relacionó su necesidad de someterse a una disciplina y a un empeño en extremo competente –el baile, los estudios, el peso– como una forma de controlar sus sentimientos de vacío y para colmar las expectativas que imaginaba en la madre –“exigente, culta”– como condición para ser amada por ella. De la misma forma, su deseo de mostrarse fuerte e invulnerable ante los demás traducían la misma pauta.

La relación de pareja se fue analizando a medida que se iban produciendo cambios. Al inicio de la terapia, mientras el trabajo se centraba en analizar sentimientos, se convirtió en una fuerte relación de apoyo, por lo que no parecía adecuado analizar los aspectos más insatisfactorios. Sin embargo, hacia el final de la terapia se produjo una ruptura provocada por el novio que nos permitió analizar cómo su elección estaba basada en la seguridad y estabilidad que le ofrecía. Su reacción ante este abandono fue una muestra de los avances que había conseguido con la terapia ya que no produjo en ella un desbordamiento con sentimientos de angustia y vacío como en otras ocasiones, sino un adecuado sentimiento de pérdida y la posibilidad de experimentar estar sola.

La relación con la madre también cambió. Se produjo un distanciamiento que se entendía como una manifestación de rabia como reflejo de una mayor sensación de fortaleza y dominio personal que le hacía poder prescindir de su apoyo continuo.

Las últimas sesiones se centraron en analizar los logros conseguidos y en explorar los sentimientos asociados, anticipando las posibles reacciones ante la pérdida de lo que, durante un tiempo y de forma muy intensa, fue una fuente de apoyo y de contención. Efectivamente, aparecieron sentimientos de tristeza, que ella ponía en relación con despedirse de mí, y sentimientos de agradecimiento porque la había ayudado a cambiar.

En este momento no presentaba episodios de atracón-vómito ni de ansiedad. La medicación se había ido reduciendo gradualmente hasta suprimirla unas sesiones antes del final. Se mantenían, sin embargo, la preocupación por la imagen corporal y una elevada autoexigencia. Reconocía momentos de tristeza que podía soportar sin dificultad y que relacionaba con acontecimientos desencadenantes. Su imagen de sí misma había mejorado hasta el punto de animarse a buscar un trabajo más satisfactorio y a comenzar una nueva relación afectiva.

Conclusiones

Para el tratamiento de la bulimia se han propuesto abordajes terapéuticos desde diversos paradigmas. El enfoque interpersonal aporta una visión alternativa que

se ha mostrado eficaz y que difiere de otros en varios aspectos:

- En primer lugar se trata de una psicoterapia breve, de final predeterminado en la que es esencial la elección de un número de focos terapéuticos limitado.
- El objetivo no es trabajar sobre el síntoma ni sobre el origen del trastorno, sino sobre los factores interpersonales que se encuentran con mayor frecuencia como perpetuadores del mismo.
- En todo momento se ha mantenido el foco en el aquí y ahora, si bien ha sido útil un gran conocimiento del pasado del paciente que permite hacer paralelismos y aportar luz sobre cómo se han generado los conflictos.
- Se hace partícipe al paciente de que la “curación” no tiene el mismo sentido que en otros trastornos porque no se pretende una erradicación de todos los síntomas, previendo que puede permanecer cierta vulnera-

bilidad en momentos de estrés y una especial sensibilidad hacia la imagen corporal.

- Del mismo modo, no es el objetivo de este tipo de enfoque abordar todas las áreas de conflicto. Al tratarse de una psicoterapia breve, hay algunos aspectos que se quedan fuera del trabajo terapéutico.

Bibliografía

1. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
2. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En: Klerman G, Weissman MM, eds. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1993. p. 353-378.
3. Horowitz MJ. Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press; 1997.