



Diana: Bulimia en un trastorno de personalidad Borderline

Ana María Baamonde ¹.

¹Médico Psiquiatra anabaamonde@hotmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

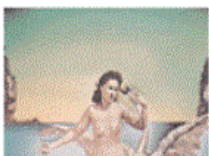
RESUMEN

Muy frecuentemente escuchamos hablar de bulimia como la enfermedad del momento, no menos actual es el trastorno de personalidad borderline. En el caso que describo coexisten ambos trastornos en la misma paciente.

DIANA, SU HISTORIA



Pablo Picasso
"Jovencita ante el espejo"



Diana es una joven de dieciocho años de edad, la menor de tres hermanos, estudiante del último año de educación media. Ser una de las mejores alumnas del colegio le ha permitido tener acceso a varias universidades para continuar estudios superiores. Es una muchacha atractiva, se viste con ropa holgada que oculta su figura, sin maquillaje, alta y delgada, con una proporción peso / talla adecuada, pero a pesar de ello se le dificulta exponerse al sol o dejarse ver desnuda porque se siente gorda y fea.

Inició el tratamiento en abril de 2000, con el siguiente motivo de consulta: "Soy bulímica, dejé la terapia hace unos meses, pero quiero empezarla otra vez, no estoy bien".

Había iniciado un tratamiento anterior con un psiquiatra que le indicó



Salvador Dalí
"Leda Atómica"



Sandro Botticelli
"El nacimiento de Venus"
(Detalle)



Francisco de Goya
"Maja Desnuda y Maja Vestida"

tratamiento farmacológico: fluoxetina (20 mg diarios, V.O.) y psicoterapia una vez semanal. No acudía a la terapia desde hacía seis meses aproximadamente, pero continuaba con el tratamiento farmacológico.

Es hija de emigrantes europeos, ambos profesionales universitarios que mantienen entre si una relación fría y distante. Describe a un padre ausente, pasivo, que se deja llevar por su mujer. Tiene una escasa comunicación con él, y la poca que tiene es a través de la madre, quien actúa como intermediario entre padre e hija. De él refiere: "yo admiraba mucho a mi papá, no me daba cuenta que era mi mamá la que producía el dinero y no él, siempre tenía negocios fantasma, no entendía porqué él estaba tanto tiempo en la casa y los papás de mis amigos no, él me hacía la comida y me ayudaba en las tareas".

Describe una relación ambivalente con la madre. De ella refiere: "es muy bonita, delgada, siempre está haciendo dietas y siempre está muy arreglada, es muy inteligente, se graduó con honores, no sé como sigue con mi papá, un viejo gordo y feo que no aporta mucho, siempre se está quejando de él pero no lo deja, es muy exigente, todo tiene que ser perfecto, es muy difícil porque nunca está conforme, yo creo que es masoquista, no sé porqué interfiere en mi relación con mi papá. Ella es la que manda en la casa, estuvo en tratamiento psiquiátrico hace años, ahora sigue tomando pastillas, a veces llora y me hace sentir muy culpable".

De sus relaciones interpersonales refiere: "Mis amigas son siempre las más bellas del colegio, casi modelos, yo tengo que conformarme con ser amiga de ellas solamente, no puedo competir por los mejores chicos que son los que me gustan, así que termino siendo la mejor amiga de los novios de mis amigas y sintiéndome con culpas porque me gustan y a veces nos pasamos de amigos. Yo soy la que saca las mejores notas, pero aunque esto me da vergüenza, no puedo bajar de veinte porque mi mamá siempre está detrás de mí para criticarme. Cuando le muestro algún trabajo me dice que está bien, pero..., siendo un trabajo de veinte".

Comenzó relaciones sexuales con una pareja anterior. Comentó haber estado motivada por la curiosidad y sentir vergüenza por la desnudez: "prefiero hacerlo con la luz apagada o no tener relaciones". Con lo cual contrastó nuevamente su actitud con la libertad que supone en sus amigas.

Inicia su sintomatología alrededor de los trece años, presentando episodios de atiborramiento de comida seguidos de vómitos. Llamen la atención sus rituales: vomita casi exclusivamente en su casa para poder bañarse después, por el asco que le produce. Generalmente está sola, si no es así, abre los grifos del baño para amortiguar el ruido y que sus padres no se den cuenta. Al principio comía todo lo que había en la casa y luego vomitaba, los padres no se percataron de lo que pasaba, fue ella quien le dijo a la madre que era bulímica un año después de iniciada la enfermedad. Dejaron de comprar algunos alimentos o los escondían, lo que le significaba que Diana finalmente los encontrara, se atiborraba de ellos y vomitara, para después bañarse y sentirse "miserable" y continuar con el ciclo que se repetía una a dos veces

diariamente. La sintomatología se mantuvo durante tres años, presentó un gesto suicida ingiriendo metoclopramida y diazepam, razón por la cual la madre la lleva a consulta con un psiquiatra, quien le indica el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, además de someterse a control por un especialista en nutrición, lo que cumple de manera irregular durante seis meses aproximadamente.

Casi 8 meses después acudió a mi consulta acompañada por la madre, presentando la sintomatología ya señalada anteriormente con algunas modificaciones en los rituales, los cuales había extendido al colegio ocasionalmente y como en su casa ya no había alimentos, debido a que los padres optaron por comprar lo necesario para cada comida, Diana tenía que disponerse a su ritual comprando chocolates y otros dulces en el supermercado, descolgar el teléfono o haber avisado a sus amigos que no iba a estar en casa, comer y vomitar. También presentaba conductas automutilantes, se cortaba la piel de las muñecas y luego las tapaba con el uso de suéteres manga larga que dejaba ver en ocasiones "como al descuido", logrando la atención de sus amigos, y que no la dejaran sola porque no tolera la soledad, con esta y otras actuaciones mantenía la casa llena de compañeros de estudios con los que mantiene relaciones muy cerradas y muy conflictivas.

Es de hacer notar que los episodios de bulimia son fluctuantes, tienden a ser más frecuentes en momentos en los que Diana está expuesta a un mayor tiempo de soledad, como en vacaciones o en momentos de menor carga académica. Puede pasar períodos sin episodios o con menor frecuencia, apareciendo generalmente cuando está rodeada de gente, tiene una relación de pareja o mucha carga académica.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA



Fernando Botero
"Celestina"

Considero que Diana cumple con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad, (DSM-IV, 1.995). La CIE-10 los clasifica como bulimia nerviosa y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, respectivamente, (CIE-10, 1.992).

Desde el punto de vista psicodinámico, Diana presenta un superyó poco integrado y punitivo, que se corresponde con un nivel de organización de la patología del carácter, ubicado entre el nivel intermedio y algunos elementos del nivel inferior, según describe Otto Kernberg (1.993).

Tolera las exigencias contradictorias de los núcleos superyoicos sádicos y prohibitivos por una parte y, por la otra, de forma bastante primitivas del ideal del yo. Así, las demandas de grandeza, poder y atractivo físico coexisten con las de estricta perfección moral, manifestándose en un desvanecimiento parcial del límite entre el superyó y el yo.

Las variaciones en el estado de ánimo de Diana son debidas a la naturaleza primitiva de la regulación del yo por parte del superyó.

Utiliza mecanismos de defensa que combinan formaciones reactivas contra los instintos, con una parcial manifestación de los impulsos instintivos. La represión es el principal mecanismo de defensa, junto con la intelectualización y la racionalización. También presenta ciertas tendencias disociativas del yo, junto con mecanismos de proyección y negación. Predominan las características pregenitales, sobre todo las orales. Dichas características representan, en su mayor parte, una regresión desde los conflictos edípicos.

La incapacidad de integrar imágenes del sí-mismo y del objeto, de origen libidinal y de origen agresivo, se traduce en el establecimiento de relaciones objetales de características gratificantes o amenazadoras. Sus vínculos se refieren a objetos parciales, lo cual pone en evidencia que no ha logrado la constancia objetal.

EVOLUCIÓN

Diana inició el tratamiento con una frecuencia de dos sesiones semanales, cara a cara. La madre asistió a la primera entrevista, desde entonces sólo se ocupa del pago de los honorarios, el cual realiza puntualmente y no ha interferido en el desarrollo del tratamiento.

Dicho tratamiento consistió, en principio, de tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia psicoanalítica. Se le indicó Fluoxetina 20 mg. V.O. diariamente por unos 6 meses cuando decidimos suspenderlo por mejoría sintomática.

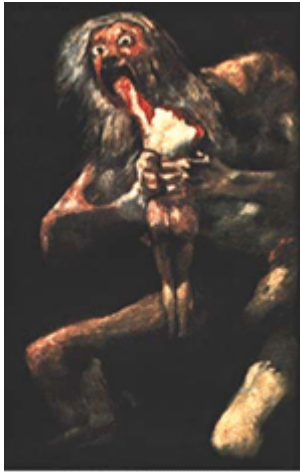
Continuamos con dos sesiones semanales de psicoterapia a las cuales la paciente asiste de manera irregular, análoga a sus episodios de bulimia. Estamos en la primera etapa del tratamiento, caracterizada por las continuas fluctuaciones de progresión y regresión.

A menudo expresó su temor a depender de mí y a no querer dejarme, como en las primeras vacaciones de verano en tratamiento, cuando al acercarse el momento de nuestra separación lloraba y decía que no sabía que iba a hacer en ese tiempo; Sus amigos se iban de viaje y ella se quedaba sola en la ciudad, intentó cumplir con un cronograma de actividades vacacionales que había elaborado y tenía en mente la invitación de una amiga y los padres de la misma, pero no sabía si podría tolerar estar fuera de su casa durante una semana con gente extraña. Temía hacerse adicta a mí, como a los episodios voracidad- vómitos.

Diana está transitando por una etapa llena de separaciones, duelos, resistencias y logros. Pasó de ser estudiante de educación media a superior, hecho que implica muchos cambios, tanto internos como reales. Significó cambiar del colegio en el que ha estudiado siempre para ingresar en la universidad. Mantiene una relación de pareja desde hace tres meses con un compañero de estudios al que idealiza y descalifica constantemente, pero que le sirve de apoyo y compañía para no sentirse sola.

Después de un año de tratamiento, los episodios de bulimia han disminuido con frecuencia, logrando períodos de más de dos meses, libres de ellos con un peso constante, y sin ninguna alteración física derivada de su trastorno alimentario.

REFLEXIONES



Francisco De Goya
"Saturno devorando a su hijo"

En el tratamiento estamos entendiendo que la única vía que encontró Diana para experimentarse a sí misma separada de sus objetos internos, era destruirlos a ellos a través de este ciclo compulsivo de atiborramiento de comida y vómitos. Pero no sólo aniquila las relaciones con sus objetos internos sino que pone en peligro de destrucción su cuerpo adolescente.

A través del síntoma intenta incorporar a la madre, aunque no termina de incorporarla porque la expulsa al vomitar. Esta tendencia a devorar, evidencia el deseo de establecer una conexión más íntima con el objeto (madre), ya que devorado éste, sigue teniendo una existencia en la persona que lo ha introyectado. Se debe considerar ésta como una actitud positiva o amistosa. La segunda actitud hacia el objeto, en el impulso a devorar, es negativa y hostil, surgiendo el odio. Su fin, en el impulso a devorar, es exterminar brutalmente el objeto, destruir su existencia. Por lo tanto, en su tendencia a devorar se pueden expresar simultáneamente, como una ambivalencia, el deseo amoroso de una conexión más íntima con el objeto y el impulso hostil a destruirla, como ente del mundo exterior, descrito en la etapa oral del desarrollo psicosexual. (Freud, 1.933).



Frida Kahlo
"Mi nana y yo"

Diana ha violado un tabú, comer la carne prohibida que al incorporarla adquiere un carácter contagioso, que da ocasión de eliminarlo mediante ceremonias expiatorias, al adquirir ella misma la condición de prohibición, está obligada a la renuncia y a la abstinencia. "Quien ha violado un tabú, por ese mismo hecho se vuelve tabú...". Ciertos peligros que nacen de la violación de un tabú pueden ser conjurados mediante acciones expiatorias y ceremonias de purificación. (Freud, 1.913).

Para Diana, la separación psíquica involucra ansiedades primitivas que presagian la aniquilación. El trabajo analítico ha revelado que adolescentes en los que toma lugar el terror de aniquilación sobre la ansiedad de separación, no han tenido relaciones adecuadas durante las fases del desarrollo, los padres (sobre todo la madre) han sido invasivos y han estado presentes permanentemente en las vidas de sus hijos tanto interna, como externamente. De hecho, estos niños no pueden tolerar los procesos de desarrollo normales, no pueden separarse y retienen los objetos paternos como parte de su mundo interno. Estos trastornos del desarrollo se continúan desde la infancia, produciendo un estasis en la adolescencia. (Burgner, 1.997).

CONCLUSIONES

Diana presenta un trastorno de alimentación: Bulimia nerviosa y un trastorno borderline de la personalidad, los cuales se asocian frecuentemente, debido en parte, a que se superponen criterios diagnósticos (como atiborramiento de comida), pero también porque es frecuente observar un aumento de la tasa de trastorno de personalidad borderline en mujeres con bulimia nerviosa.



Se han hecho estudios comparativos en mujeres bulímicas con y sin trastorno de personalidad borderline durante un año. Las pacientes bulímicas sin trastorno de personalidad borderline obtuvieron una mayor tasa de recuperación (47%) en relación con pacientes bulímicas con trastorno de personalidad borderline (10%). Permanecieron sin mejoría (24%) o empeoraron (19%) de pacientes que presentaban bulimia con trastorno de personalidad borderline, mientras que las pacientes que presentaban bulimia sin trastorno de personalidad borderline, permanecieron sin mejoría (5%) y empeoraron (1%). El 62% del grupo de mujeres bulímicas con trastorno de personalidad borderline continuó reuniendo criterios para bulimia según el DSM-IV, comparado con el 21% del grupo sin trastorno de personalidad borderline. (American Journal of

Psychiatry, 1.997).

El impacto de la terapia depende de la presencia o ausencia de trastorno de personalidad borderline. Las mujeres bulímicas sin trastorno de personalidad borderline tenían un tratamiento psicoterapéutico más corto.(American Journal of Psychiatry, 1.997).

Hay una peor evolución en pacientes bulímicas con trastornos en el Axis II del DSM-IV, especialmente trastorno de personalidad borderline además de trastornos en el Axis I, como depresión y abuso de sustancias. (American Journal of Psychiatry, 1.997).

El tratamiento de bulimia debe ser multidisciplinario, debe incluir asesoramiento nutricional, tratamiento médico de cualquier enfermedad física de base, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.(American Journal of Psychiatry, 2.000).

Aunque la mayoría de los pacientes límite logran mejor resultado con la psicoterapia psicoanalítica modificada, hay algunos que pueden analizarse sin modificaciones de la técnica clásica. Además del potencial para un "acting out" grave inicial y del grado de un yo observador, quizás los criterios más importantes para saber si un paciente límite puede ser analizado son: primero, el nivel al que existe cierta integración del superyó; de modo que el paciente presente sólo tendencias antisociales muy limitadas y, segundo, el grado al que las

relaciones objetales han evolucionado de modo que, cuando menos, algunas transferencias neuróticas avanzadas estén disponibles. (Kernberg, 1.987).

El tratamiento del trastorno de personalidad borderline de orientación psicoanalítica debe ser estructurado. La tendencia actual es la de programar sesiones cara a cara, dos a tres veces por semana. En la fase inicial se deben atender problemas de la historia médica que pueden requerir atención inmediata, además de la que requiere la actitud abierta y la destinada a sabotear toda posibilidad de continuación del tratamiento. Por largo tiempo el terapeuta deberá aceptar la situación sin pretender modificaciones de fondo sólo posibles después de mucho trabajo. Sin embargo, se podrá dedicar esfuerzos a la discusión de tales situaciones, sus motivaciones y propósitos, o al menos, las consecuencias previsibles que atentarian contra los fines conscientes y deseados por el mismo paciente.

Establecer un balance durante el tratamiento, entre la presión necesaria, suficiente y tolerable, y la seguridad suficiente, tranquilizadora y consoladora en la relación, es "el arte" de saber conducir un tratamiento. Este balance implica que en ocasiones el terapeuta sea acompañante, aliado aceptador y hasta cómplice secreto de las fantasías gratificantes del sujeto. Las estructuras narcisistas que frecuentemente presentan los pacientes borderline no pueden ser abolidas ni atacadas sin crear serios desmoronamientos, iatrogénicos y por lo general poco previsible. En los momentos de seguridad en el entorno terapéutico, el terapeuta apoyado en el nivel de funciones yoicas presentes en el momento, podrá dirigirse al trabajo propiamente analítico (en sentido clásico) de los conflictos. Así, podrá señalar las resistencias, estudiar con el paciente el propósito y modalidad de las mismas, la estructura global del conflicto, los impulsos, defensas y consideraciones realistas, las percepciones de errores y aciertos en el propio trabajo terapéutico, etc. (Ruiz Manresa, 2.000).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, (2.000). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision)". En: The American Journal of Psychiatry 157:1, January 2.000 Supplement.
2. **Burgner, M.** (1.997). "Analytic treatment of an adolescent with bulimia nervosa". En: Female experience. London. Routledge. Pp. 93-104.
3. **CIE-10.** (1.992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Meditor. Pp. 221, 253.
4. **DSM-IV.** Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona. Masson. Pp. 256, 288.
5. **Freud, S.** (1.913). "Tótem y tabú. II. El tabú y la ambivalencia de las mociones de sentimiento". En: Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu editores. Séptima reimpresión. Tomo XIII. Pp. 28-30.
6. **Freud, S.** (1.933-32). "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 32 Conferencia. Angustia y vida pulsional. En: Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu editores. Séptima reimpresión. Tomo XXII. Pp. 91-92.
7. **Keel, P. ,A.B., Mitchell, J.** (1.996). " Outcome in Bulimia Nervosa". En: The American Journal of Psychiatry 154:3, March 1.997. Pp. 313-321.

8. **Kernberg, O.** (1.987). Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias Terapéuticas. México. Editorial El Mundo Moderno. Pp. 143-158.
9. **Kernberg, O.** (1.993). La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. México. Editorial Paidós Mexicana. Pp. 115-130.
10. **Ruiz Manresa, F.** (2.000). El difícil caso de los pacientes Borderline. En: <http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeUno/Articulos/Psiquiatria/vitae.htm>