

## BULIMIA MENTAL O NERVIOSA

La Bulimia es un síndrome que se presenta con mayor frecuencia en mujeres (6/1), adolescentes o adultas jóvenes, occidentales, con buen nivel de instrucción y edades que van de los 14 a los 30 años, que no han presentado, necesariamente, antecedentes de patología alimentaria previa y que viven en zonas del mundo en donde el alimento es un bien abundante.

Su frecuencia se ha ido multiplicando en los últimos treinta años y, en forma paralela, ha ido ocupando un progresivo y desmesurado espacio en los medios de comunicación.

Las estadísticas muestran que entre el 1 y el 2% de las mujeres de hasta treinta años presentan un síndrome bulímico completo y que entre el 6 y el 20%, de dicha población, tiene síntomas bulímicos periódicos. Las cifras a nivel de estudiantes del ciclo secundario oscilan entre el 6 y el 13 %, según diversos autores.

El interpretar éstos valores exige recordar que **no siempre se cuenta con estadísticas confiables**, principalmente por tres motivos:

**1º.- Errores diagnósticos**, ya que no siempre las pacientes diagnosticadas como "bulímicas" cumplen con los criterios requeridos como para ser consideradas como tales.

**2º.-** Cuando se interroga a mujeres adultas sanas se comprueba que una gran parte de ellas ha presentado, en el curso de su adolescencia, **síntomas bulímicos que cedieron de manera espontánea**. Hay que preguntarse si muchas de ellas no hubieran fijado y acentuado la sintomatología, pasando a la categoría de enfermas, si hubieran sido tratada como tales en aquel momento. Hay que subrayar que no toda mujer joven que vomita es una paciente con bulimia.

**3º.- La bulimia es un cuadro que se desarrolla en soledad**, que es ocultado por la vergüenza que despierta, lo que lleva a que la primera consulta se realice, en promedio, unos 2 años y medio después de comenzada la sintomatología.

El síndrome bulímico puede ser definido, en una muy apretada síntesis, **como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por: episodios recurrentes de ingestión rápida de grandes cantidades de alimentos, en un tiempo reducido, siendo el individuo conciente de lo anormal de dicha alimentación, lo cual le despierta un enorme temor a engordar, porque la autoestima se encuentra indebidamente ligada a la imagen corporal, sintiéndose obligado a recurrir a conductas compensatorias para evitar el temido incremento de su peso.**

Este cuadro, en el cual desde su nombre: "**hambre como para comerse un buey**", se está señalando un aumento desmesurado del impulso a comer, no tiene nada que ver

con los festines que acostumbraban a disfrutar los romanos en la época de los Césares. Festines guiados por la búsqueda del placer que brindaba una sofisticada manera de preparar los alimentos.

*Lejos está la bulimia de encontrar placer en la comida.*

El comer de los pacientes con bulimia no tiende hacia la satisfacción de una necesidad biológica, mucho menos hacia la búsqueda de placer, ni siquiera está relacionado con la sensación de hambre. *"Es un comer, tal como lo señala Igoín, sin control, sin gula, sin ganas. Es un comer cualquier cosa a cualquier hora, no en las comidas, tampoco entre comidas, es un comer al margen de toda referencia de tiempo y lugar. Es comer por una locura que se apodera de uno y de la que resulta imposible liberarse. Es, sobretudo, comer desconociendo lo que es comer normalmente"*.

El **comienzo de la sintomatología** se origina de *manera espontánea o es inducida* por imitación (contagio por sugestión?) de otros pacientes o, más frecuentemente, por charlas que informan sobre el cuadro o por artículos de revistas y T. V., datos que parecen facilitar la aparición del cuadro en personalidades predisuestas.

El *estado de ánimo depresivo* acompaña, en la mayoría de los casos, el comienzo de la enfermedad, debiéndose señalar que no hay una relación directa entre la evolución de los síntomas bulímicos y la de los trastornos del humor. Con menor frecuencia aparecen estados disfóricos o períodos de una marcada ansiedad difusa.

*Es necesario señalar que se trata de un síndrome complejo y multideterminado, en el cual los factores sociales, psicológicos y biológicos son complementarios, interdependientes, relacionados en una cerrada urdimbre y a los cuales intentamos aislarlos solamente con un fin didáctico.*

## FACTORES SOCIALES

Se trata de una **patología en expansión** que se presenta **durante la mitad o al final de la adolescencia, en personas que viven en una sociedad en la cual se siente como insoportable la exclusión, en donde es necesario evitar la soledad de cualquier forma y llenar los "vacíos" interiores a cualquier precio.**

Entre los elementos aportados por el medio social se destacan aquellos que hacen a la inclusión o permanencia dentro de determinados ámbitos, ésto sucede porque las pacientes que presentan un cuadro bulímico sufren, como un dolor insoportable, las situaciones en las cuales se sienten relegadas, rechazadas o excluidas. Los factores sociales más frecuentemente señalados son:

1º.- **La forma del cuerpo femenino aceptada como atractiva o bella**, cuya mayor delgadez se puede comprobar en el progresivo descenso de los gramos y centímetros en las medidas de las reinas de belleza desde 1950 a hoy,

quedando ligado el "ideal de belleza" a la figura magra, a lo que hay que sumar la utilización de la figura femenina, altamente erotizada, por los medios gráficos.

2º.- La **estrecha relación**, que en la sociedad se ha establecido, **entre dicha forma y la posibilidad de éxito a todo nivel**.

3º. La **presión ejercida por la industria del "adelgazamiento"** que, por medio de la sostenida publicidad en donde se apela a una clara vertiente narcisista, se condiciona la aceptación social al poseer una figura "atractiva".

## FAMILIA

Las pacientes pertenecen, en la mayoría de los casos, a **familias en donde la ausencia del padre y/o la madre es la regla**. Hogares de **padres divorciados en los que, habitualmente, las normas en el área de lo sexual, preferentemente en lo referido a las fidelidades, son difusas, cambiantes y contradictorias**. **Con frecuencia se ve que las pacientes tienen un conocimiento cierto de la infidelidad de uno de los padres**, ésto las ha obligado a recurrir a complejos mecanismos inconcientes de disociación como para posibilitar la continuidad de una relación socialmente aceptable con sus padres.

En general el **padre ha participado poco o nada en la educación de los hijos y ha mostrado una inocultable incapacidad para poner y para respetar límites**. Con frecuencia, éstos padres, se muestran con **características de comportamiento de tipo adolescente**, asumiendo una posición débil y dependiente de sus esposas y rasgos **seductores frente a sus hijas**.

Las **madres** presentan **características obsesivas de personalidad en el 30%** de los casos, con una sobrevaloración de los valores intelectuales y estéticos, a pesar de que ellas mismas no tienen una actividad intelectual destacada. De manera similar a las madres de las pacientes con anorexia, se han mostrado incapaces en la decodificación del lenguaje sin palabras del bebé y **tienen dificultades en la demostración de los afectos**. En general son madres en las cuales **se observa una ansiedad permanente**.

En los **familiares** de las pacientes se encuentran, con anterioridad al comienzo de la bulimia, **desórdenes afectivos de tipo depresivo en el 30 % de los casos**. *La combinación de elementos depresivos con características obsesivas de personalidad en los progenitores, parece ser un factor predisponente.*

Ambos padres, quizá más marcado en las madres, muestran comportamientos "invasores", lo que lleva a las pacientes a reaccionar agresivamente al ver que no son respetadas en su intimidad. Es posible observar que la **relación madre-hija es áspera**, signada por conductas contradictorias y agresiones mutuas permanentes lo cual facilita que la mayoría de las pacientes **no convivan con sus familiares luego del comienzo de la sintomatología bulímica** y ésto les posibilita el mantener una aceptable relación social con ellas.

## PERSONALIDAD

La sintomatología bulímica se presenta en **pacientes que poseen diferentes tipos de Trastornos de Personalidad**, ésto hace que no se encuentre la uniformidad de rasgos que se describió para la Anorexia y que, por lo tanto, su encuadre sea de límites mas imprecisos.

Para ordenar la descripción se puede partir de la clínica, ángulo desde el cual es posible distinguir tres grupos de pacientes:

**I) Bulimia de comienzo anoréxico.**

**II) Bulimia simple.**

**III) Bulimia con drogadicción y promiscuidad.**

Los tres grupos comparten, en distintas proporciones, una serie de características:

a.- **Ansiedad permanente con fluctuaciones del humor**, siendo frecuentes las crisis de malhumor e irritabilidad como consecuencia de una *muy baja capacidad para tolerar la frustración*.

b.- Marcada **baja en la autoestima** y una **anormal dependencia de la autovaloración respecto de la imagen corporal**. La autovaloración se encuentra regulada, casi exclusivamente, *por pautas externas*. Lo más importante es lo aparente, lo que se muestra, y, en ese contexto, la forma del cuerpo se encuentra en un primer plano

c.- **Difusa identidad** de si misma, que la lleva a afirmar repetidamente que no sabe quién es.

d.- Intenso **miedo de ser rechazada o abandonada**, miedo que intenta superar buscando agradar. Lucha por brindar una imagen femenina por ella considerada como adecuada a la imagen que los demás esperan ver en ella. El dolor que le despierta el sentirse excluída lleva a que esté *permanentemente atenta a satisfacer las expectativas del otro para, así, evitar el abandono temido*.

e.- El miedo, antes mencionado, lleva a que tienda a establecer **relaciones dependientes**.

f.- **Conductas impulsivas** que originan un descontrol evidente en el ámbito de la comida, pero que se manifiesta, también, a nivel de compras, robos, adicciones y/o de la vida sexual.

g.- **Gran dificultad para enamorarse**, al lado de una constante necesidad de sentirse necesitada y de ver que alguien está enamorado de ella.

h.- ***Aceptable adaptación social y nivel de desempeño***, a costa de mantener una exitosa disociación entre el mundo que comparten en sus relaciones cotidianas y el oculto y solitario submundo de los actos bulímicos, *predominando la autoagresión por sobre la agresión a los otros*.

i.- Permanente ***sensación de vacío***.

j.- ***El esfuerzo mayor está puesto en no engordar***, en mantener una figura atractiva. La mayoría de ellas no se muestran afanosas por adelgazar (como sí se observa en la anorexia).

Las **pacientes del primer grupo, Bulimias de comienzo anoréxico o restrictivo**, son ***las más jóvenes al inicio de la sintomatología***, comienzan con la enfermedad al poco tiempo de la menarca.

En casi todos los casos ***viven con sus familias*** y presentan características de personalidad previa parecidas a las de las pacientes con anorexia: independientes, autosuficientes, de apariencia fría por dificultad en la manifestación afectiva, Etc., pero con un nivel de inteligencia y de rendimiento menor, destacándose rara vez en los deportes, aún teniendo condiciones, pues ***no poseen la constancia*** necesaria.

En general ***no tienen relaciones sexuales*** o, si las tienen, son esporádicas, insatisfactorias y resultado de una conducta tendiente a evitar la soledad, más que impulsadas por un genuino deseo.

Al comienzo de la sintomatología ***intentan sofocar la sensación de hambre*** y la lucha se traduce en la aparición de rasgos compulsivos en distintas áreas de la conducta. ***Intentan pasar la mayor cantidad de tiempo sin comer***.

***Temen perder el control***, sienten un marcado ***dolor ante las situaciones de rechazo o abandono***, tienen ***dificultad para disfrutar y excepcionalmente se enojan***. Su valoración se encuentra muy ligada a la aceptación de los demás lograda a través de su apariencia, intimamente ***se autoevalúan negativamente***.

Las **estructuras de personalidad** que con más frecuencia se observan en este grupo, son:

1.- Trastorno de tipo **Evitativo**, donde el miedo a la crítica, al rechazo o a hacer el ridículo, favorecen un aislamiento social manifiesto. Se muestran tímidos, callados, solitarios y con temor a enfrentar situaciones nuevas. La valoración que hacen de sí mismos les indica que los demás lo van a considerar incapáz o inepto.

2.- Trastorno de tipo **Histriónico**, en donde se destacan los rasgos de seducción de tipo histérico con un exagerado uso de la apariencia física para llamar la atención, conductas provocativas o exageradamente seductoras como medio de evitar el rechazo y la soledad, mostrándose desconformes con las situaciones en las cuales no pueden ser el centro de atención.

Las del segundo grupo, que podemos identificar provisoriamente como **Bulimia Simple**, comienzan con el cuadro a mediados de la adolescencia, a partir de un temor a engordar, ya que necesitan tener una figura atractiva para lograr ser aceptadas y evitar el sentirse excluidas, sentimiento éste que les provoca una insoportable sensación dolorosa.

En general pertenecen a hogares de *padres divorciados*. *Padres que tienen patrones de conducta de tipo adolescente* y donde es muy frecuente que la paciente tenga un *conocimiento cierto de la infidelidad de uno de sus progenitores*.

En muchos casos, *antes del comienzo* de la sintomatología, se registra el *fallecimiento de un familiar* afectivamente importante para la paciente.

Las *madres* dan importancia a los *valores estéticos* y muestran conductas *invasoras*, en parte por sus características de personalidad y en parte porque son obligadas a llenar el vacío de mando que deja un padre que se abstiene de participar en la educación de sus hijas.

El padre se maneja con un cierto grado de seducción sobre las hijas, preferentemente jugando el rol del "bueno", del que concede siempre.

La paciente, en su infancia, ha mostrado un *rendimiento escolar mediocre* con un *nivel de inteligencia promedio*. Si bien no ha presentado notorias dificultades en el área de la conducta, tiene antecedentes de haber recurrido a algún síntoma, el vómito por ejemplo, para conseguir evitar que la dejen sola. Desde temprana edad *tienen una mala reacción ante las situaciones de separación y tienden a mantener un vínculo simbiótico con sus madres*.

Son *activas sexualmente*, aunque *con un alto grado de insatisfacción* y, en general, acceden a mantener una relación sexual llevadas por la necesidad de combatir el dolor que les provoca la exclusión, más que por un genuino deseo sexual.

Se muestran como *muy extrovertidas*, sobre todo cuando han conseguido mantener el control de sus impulsos, por el contrario se enojan manifiestamente cuando han fracasado en dicho control.

La **estructura de personalidad** que predomina en éste grupo tiene fuerte rasgos de un **Trastorno Borderline**, tales como: francos esfuerzos para evitar abandonos, sean éstos reales o imaginarios, inestables relaciones interpersonales, intensos episodios de disforia. Inestabilidad afectiva y marcada ansiedad, predominando un sentimiento de enojo consigo misma y una franca dificultad para disfrutar de hechos cotidianos (anhedonia).

Las del último grupo, en ésta provisoria clasificación, corresponde a las **Bulimias que presentan Cuadros Adictivos**.

**Comienzan** con las primeras manifestaciones *ya avanzada la adolescencia*. Con gran frecuencia, *viven solas*.

En general pertenecen a familias en donde el padre se ha mostrado prescindente, cuando no ausente, y las madres tienen rasgos obsesivos de carácter, muy rígidas y con imposibilidad de demostrar sus afectos.

Las pacientes han presentado un *desarrollo escolar variable*, con *trastornos de conducta a lo largo de su vida*, con manifiesta *dificultad para estar solas* y un *sentimiento de vacío* que se ha ido acrecentando con los años.

La sintomatología ligada al *rencor* y al *resentimiento* se acrecienta progresivamente desde el inicio de los síntomas, por lo cual impresionan como que *viven enojadas y con una marcada incapacidad para sentir placer*.

Presentan *conductas impulsivas en distintas áreas de su conducta*: robos, imprudente desinterés por su seguridad y la de otros, sexualidad, drogas, mentiras permanentes, Etc.

Sienten, como corporizado, un *gran vacío interior* y recorren varios caminos intentando "llenarlo": una sexualidad que tiende a la promiscuidad y que es altamente insatisfactoria, adicción a diversas y cambiantes sustancias tóxicas y conductas autolesivas repetidas.

En este último grupo predominan los *Trastornos de Personalidad Borderline*, *con un bajo nivel de integración* por lo que presentan severos *síntomas disociativos y frecuentes descompensaciones psicóticas*.

En los *dos últimos grupos* se encuentra, con una llamativa frecuencia, antecedentes de *abusos sexuales repetidos y/o violaciones* sufridas durante la adolescencia o aún antes.

En muchos casos se observa que la *impulsión a comer tiene como principal objetivo el lograr un contenido gástrico que posibilite el vómito*.

*El acto de vomitar se presenta como vehículo de descarga de tensiones o de sentimientos de desagrado* que no pueden ser ni integrados a la personalidad, ni descargados por otras vías. A veces se trata de la *descarga de tensiones parciales* y la estructura de la personalidad queda muy ligada a las *perversiones*; en otras ocasiones se intenta  *cubrir insoportables sensaciones de vacío*, y aquí nos cubre la sombra de las *toxicomanías*, adicción a vomitar, en donde el vómito parece cumplir la misma función que cumple la droga en el adicto; hay momentos en que aparece como una *defensa frente a una sexualidad no integrada*, y la psicopatología de la *histeria*, con su intrincada relación entre sexualidad y soma, gana espacio en la escena; por último, también se presenta como una *huída de la depresión*.

***La Bulimia llega a convertirse en un modo de vida.***

*Es necesario remarcar que la separación en tres grupos realizada no indica la presencia de límites rígidos ni excluyentes. Las características mencionadas se encuentran en la mayoría de las pacientes en distintas proporciones, ésta agrupación se hizo en base al predominio de determinados rasgos por sobre los otros.*

\*\*\*\*\*

*Dr. Bernardo Luis Rovira  
Santa Fe 951 piso 6  
(1059) Buenos Aires*

*Tel.: 4327 2111*