

BULIMIA: ¿CÓMO LLENAR UN VACIO EXISTENCIAL? UNA APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Pilar Mallor Plou

Master en Terapia Cognitivo Social UB

vallvidrera@hotmail.com

This article considers eating disorders from an evolutionary and existential perspective as manifestation of a difficulty to grant meaning to the own existence. Different texts of anorexic or bulimic patients serve driver without stopping to argumentative purposes.

Key words: Anorexia, bulimia, existence, adolescence, evolutionary psychology

¿Qué se podría decir sobre la anorexia y la bulimia, sobre esta terrible enfermedad que está afectando actualmente al 4,5% de mujeres de entre 12 a 21 años? De entre las pacientes atendidas en centros privados de Cataluña, cerca de medio millar de personas padecían trastornos alimentarios. De todas formas estos datos, son sólo la punta de un gran iceberg, pues existe una gran cantidad de mujeres que mantienen el trastorno en secreto durante muchos años, sin que nadie de su alrededor sospeche nada, y por supuesto sin que acudan a ningún profesional a pedir ayuda.

¿Qué decir, de una enfermedad de la que todo el mundo habla?.

¿Tal vez, que es una moda, o una plaga de fin de siglo, una epidemia explosiva, o algo provocado por la tiranía a la que está sometido el cuerpo de la mujer, en esta sociedad en la que vivimos, centrada en la belleza, la estética, la liposucción y todo lo light?.

El culto a la perfección impera en nuestra sociedad creando verdaderas adictas al consumo de todos los productos relacionados con la belleza, con el único propósito de encontrar, eso que llamamos “satisfacción personal” y “reconocimiento de los otros”. Muchas de las revistas que encontramos en los kioscos, hacen referencia a las últimas tendencias en moda, cosmética y estrategias posibles para ligarte al chico que te gusta y a la vez triunfar en la vida gracias a la dieta de la

alcachofa. Lo que está claro es que todas ellas venden autoestima e ilusión y fomentan el mito de la felicidad, (el mensaje implícito sería, “deja de ser tú, para convertirte en otra”, “los gordos fracasan y los delgados triunfan”... Y encima pagas dinero por ello).

Los españoles, son los ciudadanos europeos que más se dejan tentar por la cirugía estética y los expertos aseguran que dentro de unos años, acudir al cirujano estético será algo tan habitual como ir al dentista.

En el último barómetro del CIS, un 53% de la población española declaró estar pendiente de su peso, y no sólo eso, sino que además, cada vez empiezan antes a preocuparse por su cuerpo. Los problemas de autoestima por la imagen corporal empiezan a los 5 años, según un estudio que analizaba la relación entre peso, actitud de los padres y autoestima en niñas de edad pre-escolar. Las niñas con sobrepeso suelen tener menos autoestima que las niñas sin sobrepeso, tanto en lo que se refiere a la imagen corporal como a la habilidad física y cognitiva.

¿Qué no se ha dicho ya?, y en todo caso ¿Qué se podría decir para entender mejor a estas muchachas anoréxico-bulímicas que se sienten desgraciadas a causa de su físico, obsesionándose por el control del peso, llegando así a adoptar medidas extremas para lograr tal fin?.

Realmente, ¿qué piensan? ¿Qué sienten? ¿Cómo viven su realidad? :

Para ello, nada mejor que empezar leyendo el relato-diario que escribió una de mis pacientes(después de 16 sesiones de terapia) al proponerle que analizara su proceso bulímico:

“Es curioso, porque existen diferentes mundos,cada uno, dependiendo de la mente que lo interpreta y le da forma. Y esas mentes, que somos en definitiva, cada uno de nosotros, pueden permanecer estáticas, pero pueden evolucionar, cambiar y al hacerlo, provocar asombro. En mi caso, la sorpresa fue conocer una nueva dimensión de las cosas, una realidad que desconocía hace apenas unos meses.

El origen del problema lo desconozco y quizás no sea lo más importante, seguramente no sea uno, sino varios factores los que me condujeron a pensar, sentir y actuar como lo hacía.Quizás tuvo algo que ver con la represión. Evitar expresar lo que uno siente y piensa, por miedo a no sé exactamente qué, puede crear mucho conflicto.

Partía de una autoestima bajísima y como consecuencia de ello, me validaba a través de elementos externos, ya fuera por medio de retos o bien de la opinión de terceras personas hacia mí. Esta situación se mantuvo durante bastante tiempo e iba supliendo esta carencia interna, marcándome objetivos; si los conseguía era buena, si no lo hacía, era mala.También ocurría con la gente, tenía que mantener constantemente la imagen que los demás querían tener de mí, ser la chica perfecta para ellos, estar pendiente de la voluntad de los demás,intentar agradecerles, aunque todo ello

supusiera mucha presión para mi.

No sé si como origen o consecuencia de esto, yo era una persona hiperperfeccionista y eso me llevaba muchas veces a la frustración, cuando ves que no puedes alcanzar el ideal que tú mismo has creado y que es inviable y estúpido y cuando además ese ideal obedece a las necesidades de los demás y no a las propias, empieza a quemarte algo por dentro, difícil de sofocar, una rabia que consume y que yo sacaba con los prontos que tenía con mis padres, pensando ellos, que eran causa de una típica etapa adolescente de rebeldía. Todavía no era evidente del todo el trastorno alimentario a nivel de conducta, pero ya se cocía.... Yo no era rebelde, no hacía nada que pudiera llamar la atención, sacaba buenas notas, no fumaba, no bebía, no salía por las noches, no hacía campanas en el colegio, no hacía nada de lo que hace un adolescente para rebelarse contra la autoridad de los padres, profesores o adultos en general. Nada llamaba la atención en mí, no hacía nada para reafirmar mi identidad, para decir: aquí estoy. Mi problema de alimentación empezó con un dolor de estómago que al principio fue cierto, pero que después fue la excusa ideal para no comer como lo hacía antes, es decir, para evitar alimentos prohibidos. Creo que fue mi forma de rebelarme, porque cuanto más se enfadaba mi madre, más se agudizaba el problema. Con este comportamiento conseguía captar la atención de mis padres, sin necesidad de ser una "niña mala" y tenía un mayor control sobre las cosas, ya que no podía dominar esa timidez que tanto me molestaba. Con los prontos y las ingestas compulsivas, conseguía calmar ese sentimiento de culpa al que te lleva la frustración por no conseguir tus ideales.

Creo que este esquema de pensamiento se creó por varios motivos: un cole de niñas buenas o malas, un grupo de amigas cerrado formado por chicas modositas que se mantuvo hasta que vine a vivir a Barcelona, luego el vivir en una ciudad (Lerida) donde prima la imagen que das a los demás, por encima de lo que eres, donde no existe el anonimato porque todo el mundo te conoce, preocupándote de que no te critiquen ni te compadezcan y de intentar ser la niña perfecta que tus padres desean y esperan y no defraudarlos (como si los hijos tuviésemos que estar a la altura de las expectativas que los padres han creado para nosotros).

A partir de venir a Barcelona hay muchos cambios, pero yo sigo siendo la misma, me amoldo a lo que mi nuevo grupo me exige o pienso que me exige. Para conseguir que me acepten tenía que ser como los componentes del nuevo grupo, siempre buscando figuras que me validaran, agudizándose así el problema alimentario, aunque nunca llegando a extremos, seguramente por mi aprensión a las enfermedades y porque me desahogaba compulsivamente por medio de otros canales, como el alcohol (olvidando-

me de lo que me pasaba o sintiéndome así más rebelde, deshinibiéndome y siendo más divertida y habladora, venciendo así mi timidez y gustando más a la gente). Cada vez voy restringiendo más mi identidad y van apareciendo más pensamientos todo-nada, y conductas muy extremas, o me atraco o no como nada; o salgo y no bebo nada o acabo arrastrándome borracha por el bar; en el sexo o soy la virgen María o me enrolló con cualquiera. Me empiezo a sentir fea y mi autoestima es bajísima durante muchas épocas, coincidiendo habitualmente con mi control a la comida, cuanto mayor control, es decir, menos como, mejor me siento.

Los sentimientos que más predominan en esta época son los de culpabilidad, impotencia por la imposibilidad de llevar las riendas de mi vida: estudiar y no aprobar, no ser capaz de expresar mis emociones ni sentimientos, en definitiva, tragar con demasiadas cosas. Es una época de confusión, de vivir rápidamente sin plantearme que tengo un problema, porque la situación todavía era sostenible, el entorno me hincha ese globo que era mi autoestima y que yo no sabía hinchar por mí misma....y lo peor viene cuando el globo se deshinchaba o lo pinchan directamente porque entonces caes en un pozo de desesperación. Lo único que me hacía salir de allí, era proponerme retos difíciles y conseguirlos para aumentar mi valía personal, al menos eso dependía de mí y no de los demás, pero con ello tampoco solucionaba el problema, sabía que tenía que buscar ayuda pues la situación duraba ya varios años y yo me sentía incapaz de vencerla.

Ahora, después de un tiempo de terapia, me siento parcialmente otra persona, me acuerdo de todo mi pasado, pero no me reconozco, ni siquiera cuando escribo estas líneas y eso que todavía queda mucho camino por andar.”

Según el DSM IV, el trastorno de bulimia nerviosa se caracterizaría por los siguientes criterios:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (ejem. en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejem.. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo.

C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante un promedio de 3 meses.

D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

La diferencia más significativa entre un trastorno anoréxico y uno bulímico según el DSM IV, es que la persona anoréxica, sea de tipo restrictivo (no recurre habitualmente a atracones o purgas) como de tipo compulsivo/ purgativo (durante el episodio anoréxico, el individuo recurre habitualmente a atracones con vómitos o purgas), tiene un rechazo a mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo, considerando la edad y la talla; mientras que la persona bulímica es capaz de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Ambas patologías manifiestan una preocupación por mantener el control sobre los alimentos y el cuerpo, compartiendo los mismos temores, aunque con motivaciones, métodos y resultados distintos; la anoréxica restrictiva y hambrienta mantiene el control perdiendo cada vez más peso y sintiéndose triunfadora, mientras que la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y a lo que come, envidiando a la anoréxica y siendo la pesadilla de ésta.

Cuadro 1 (TABLERO por el que se mueven las personas anoréxico-bulímicas)	
CONTROL 1) Inanición voluntaria	PERDIDA DEL CONTROL 2) Ejercicios agotadores
CONTROL INTERMITENTE 3) Vómitos autoinducidos Abuso laxantes	PERDIDA DEL CONTROL 4) Comer alimentos prohibidos Atracones

Las anoréxicas restrictivas, se mantienen inamovibles en el 1) mientras que las bulímicas se pasan la vida recorriendo todo el tablero con rapidez, pues no logran llevar adelante el régimen que se imponen, aunque su deseo sería quedarse en la inanición voluntaria.

Es importante destacar que las personas que caen en un trastorno bulímico casi siempre han iniciado antes una dieta alimentaria restringida. Ésta provoca apetito y una gran necesidad de ingerir aquellos alimentos que durante ese periodo de tiempo se han considerado prohibidos, como los hidratos de carbono (pan, pastas, galletas, bollería etc...) de ahí que se produzcan los atracones de comida, pues si uno se resiste a estos alimentos, la necesidad crece con el tiempo, hasta que el organismo no puede más y se tiene el primer atracón. A continuación aparece el sentimiento de culpa y de fracaso personal debido a la falta de voluntad que han tenido y llegan al vómito autoinducido (en el que se liberan endorfinas provocándoles placer

inmediato) y a la consiguiente y reiterada promesa de que nunca más volverán a atracarse y que serán fieles en el futuro a esa dieta restrictiva. Este círculo o proceso se retroalimenta durando años y años sin encontrar solución.

Por supuesto, inician la dieta por un problema de inseguridad, sumisión, de falta de asertividad, de una falta de reconocimiento de sus propios derechos y de recursos para enfrentarse a situaciones que consideran difíciles. En definitiva, por una falta de identidad, y por un yo poco definido y muy dependiente del juicio de los demás. Buscan ese cuerpo esbelto (que ellas creen que les proporcionará autoestima y aceptación), que no tienen o al menos no es percibido como bello ni como deseable, recurriendo así a las dietas.

Por todo lo mencionado anteriormente hay que tener en cuenta, que la mayor diferencia entre ambas patologías radica no tanto en el lugar de la tabla en la que se encuentran (cuadro 1) sino en su actitud, en el tipo de pensamiento y en la construcción que cada una de ellas hace de su realidad, así como de la funcionalidad que tienen sus síntomas y del momento del desarrollo moral en el que se encuentran.

Disociación entre cuerpo y mente

La anoréxica (restrictiva) a la que hace referencia Villegas (1997) en su artículo “La anorexia o la restricción de la corporalidad” es un sujeto que niega su propio yo corporal y reivindica su yo espiritual o etéreo. Su pensamiento se construye desde el principio básico de: “No quiero ser cuerpo porque me convierto en un ser sexual para los demás y podría despertar deseos y ser desposeída de mí misma. No quiero ser un ser para el otro, sólo para mí”. En el mismo artículo, se dice que “En la cosmovisión anoréxica la experiencia de la corporalidad se describe como la vivencia de un impulso enajenante que debe ser controlado a través de una firme y rígida voluntad de dominio”.

La anoréxica a diferencia de la bulímica no pretende gustar al otro, sino todo lo contrario, intenta alejarse de los demás para no ser desposeída de su propio Yo. Busca la autosuficiencia radical y absoluta. La bulímica es la parte sumisa y la anoréxica representa la parte más rebelde y la feminista radical (no quiero ser para el otro, sólo para mí).

Existe un elemento en común entre las dos: la disociación entre cuerpo---mente:

La anoréxica, no quiere tener cuerpo, sólo quiere ser espíritu.

La bulímica quiere ser cuerpo (esbelto para gustar) pero está vacía a nivel existencial o espiritual. Disociación entre lo que soy y lo que debería de ser, y eso hace que le lleve a una búsqueda de la belleza (un juego de espejos inacabado, que engancha toda la vida). Pero la sociedad refuerza este conflicto de lo que me gustaría ser, entrando en una dinámica perversa, pues esta sociedad no valora que las personas sean o existan y éste es un problema gravísimo que lleva al desarrollo de muchas patologías de hoy en día.

Lo que realmente existe es el ser: el sujeto es lo que existe, puede ser, pensar, sentir y puede proyectarse, pero el cuerpo no.

La bulímica, al contrario que la anoréxica restrictiva, presenta en terminos de Vittorio Guidano una estructura DÁPICA (Disturbo Alimentare Psicógeno), caracterizada por:

- Depender del concepto que tienen los demás de ella.
- Vivir por y para los demás. Sumisa
- Yo soy el reflejo del otro. Leo mi self en el otro, pues yo por mi misma no soy.
- Poca entidad, es un ser relativo no sustancial.
- Se define por las relaciones del otro. No tiene construido su Yo.
- Deseo de afecto, miedo a ser rechazada por los demás.
- Se sienten infravaloradas por considerar que no son el tipo de persona que la gente espera de ellos. Su mayor deseo es gustar al otro.

La bulímica, construye su realidad desde una visión Socionómica, complaciente cuyo criterio dominante, es el interpersonal: el agradar a los demás es lo más importante para ella y lo que sostiene su identidad (para conseguir ésto, se suelen comportar de una forma sumisa y dependiente).

Para llegar a la Autonomía, como puede verse en el cuadro adjunto (Villegas, 2002), es necesario pasar por todas las fases del desarrollo moral e integrarlas, y la bulímica no valida, legitima ni integra su parte más Anómica. Cuando vomita (impulso) no se basa en un criterio egocentrado, (reconocimiento de sus deseos) sino que existe un descontrol y la voluntad desaparece. A este propósito resulta muy significativo un comentario que hizo Lorena una paciente de 30 años, ya dada de alta, con respecto al comportamiento que tenía con los demás en el pasado:

“Yo quería gustar a mis amigos, me daba igual que no estuviera de acuerdo con lo que hicieran o dijeran, yo aguantaba como una idiota, era un todoterreno emocional” “mi oxígeno era el otro, incluso salía con chicos exitosos, sin gustarme, porque así mi imagen era buena delante de los demás” (Véase pág. 152)

La funcionalidad del síntoma

Normalmente, expresamos nuestros sentimientos y experiencias a través de nuestra actitud física, nuestros movimientos y nuestro cuerpo.

Así, como en la alegría, todo nuestro cuerpo, tiende a movilizarse dentro de diferentes actividades, (sonreír, bailar, cantar,) y ante el miedo, se inmoviliza, se vuelve tenso o reacciona activamente, corriendo etc.. La persona bulímica como es respetuosa y sumisa y no puede exteriorizar sus emociones a nivel verbal (alexitimia), también lo expresa a través de un simbolismo disfrazado, es decir a través de su cuerpo, (debido a la disociación cuerpo-mente.)

Todo ello nos indica que para poder entender mejor el comportamiento

PRENOMÍA

Criterio indeferenciado → necesidades

Patología: depresión



ANOMÍA

Criterio egocentrado → deseos

Patologías: sociopatía, conductas impulsivas, adicciones



HETERONOMÍA

Criterio impersonal o enajenado → la norma (interna, externa o el juicio social: perfección, deber, obligación, culpa, vergüenza)

Patologías: anorexia, obsesión, claustrofobia, fobia social



SOCIONOMÍA

Criterio interpersonal → las relaciones con los demás

Patologías: altruismo

- complaciente (agradar): bulimia
- oblativo (cuidar/proteger): agorafobia



AUTONOMÍA

Criterio personal → juicio propio

Experiencia subjetiva de libertad y coherencia.

Bienestar sintomático

bulímico, es importante descubrir cuál es la funcionalidad de ese síntoma, cuál es la demanda, y qué mensajes intentan comunicarnos estas jóvenes (aunque sea a nivel no consciente) mediante el cuerpo. Un trastorno alimentario, como ya hemos comentado anteriormente, no es solamente un problema vinculado a la comida o peso, sino que se debe en gran medida, al intento desadaptativo de responder a dificultades o a conflictos de distintos órdenes.

Lo que parece estar claro es que es una forma de expresión, una forma de comunicar que algo no va bien, de utilizar el cuerpo como método discursivo. La función del psicólogo consiste en averiguar qué es y que les ha llevado a actuar así, por ello es importante a nivel terapéutico conseguir que emerja ese discurso y sacarlo y separarlo del cuerpo:

Marta es una paciente de 20 años, que viene a terapia obligada por una madre muy preocupada, ya que su hija, ha tenido 2 ingresos en urgencias por comas étlicos en menos de 3 meses. Existe además consumo de pastillas de éxtasis y cannabis. Durante las primeras sesiones en ningún momento Marta hace referencia a problemas alimentarios, pues dedica su tiempo a hablarme de las 3 violaciones sexuales que ha sufrido en el último año; todas ellas ocurridas en los alrededores de la discoteca a la que suele acudir los fines de semana. Los hechos suceden de la siguiente manera:

- *Se emborracha para desinhibirse, sentirse más segura, perder la timidez o ahogar las emociones de rabia, impotencia o tristeza que le provocan las amigas (lee el self en el otro). Bebiendo, no piensa ni se “come la olla”, todo le da igual, tanto el estar sola, como gorda.*

- *En el estado en el que se encuentra, a cualquier chico que se le acerque y le proponga un rollo dice que sí (se siente bien porque alguien se fija en ella).*

- *Salen de la discoteca y ella no controla la situación (borracha) –ni el resto de su vida,– por lo que se deja llevar.*

- *El siguiente paso es que el chico o se la lleva a un descampado o dentro de un coche etc.. se enrolla con ella. En el momento de la penetración a veces intenta defenderse mediante la fuerza (pero no puede porque está muy borracha) o a veces se deja hacer, sin resistirse porque sabe que aunque le diga que pare, el otro no le hará caso y la obligará haciéndole todavía más daño. “No importa lo que yo quiera o no, ellos continúan”.*

- *Después existe culpa. En esta situación como en tantas otras, Marta calla y no expresa como se siente y cuando llega a casa, se atraca de comida o se autolesiona. Las autolesiones consisten en hacerse cortes en los brazos con una cuchilla:*

“Te apetece hacerte daño porque te sientes tan mal... que es una forma de expresar y sacar la rabia que tengo dentro y eso alivia. Me siento tan mal que quiero sentir dolor”

Resulta sorprendente oírle decir, que cuando era niña y se caía en el patio y se hacía daño, se sentía muy bien, porque la cuidaban y estaban por ella. Gracias a su cuerpo (dañado) notaba cariño por parte del otro y aprendió a comunicarse de esta manera: mediante su cuerpo podía hacer que los demás se acercaran a ella. *“Si me hago daño y siento dolor (a nivel corporal), me hacen más caso; pero si siento dolor emocional nadie me escucha”*.

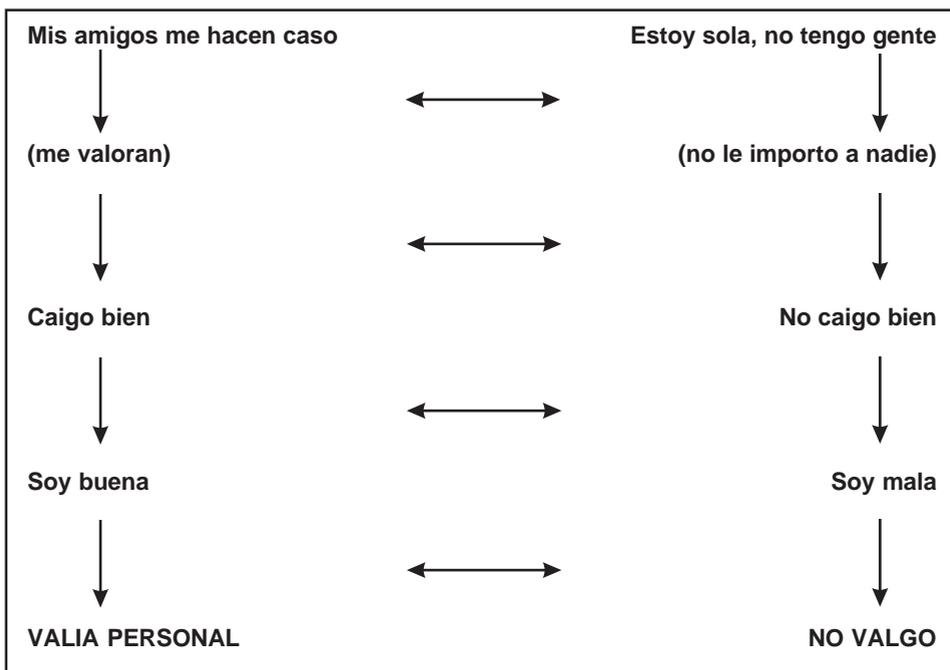
Disociación entre cuerpo y mente. La paciente, debida a esta disociación, necesita desplazar el dolor psicológico-emocional, al dolor corporal, porque es mediante éste cómo ha aprendido a comunicarse. No sabe como manejar ese dolor emocional, no sabe expresarlo verbalmente ni elaborarlo de forma adaptativa. En estos momentos Marta, sólo siente que es un cuerpo en el que desplazar sus angustias, su rabia, su sentimiento de culpabilidad, su impotencia, y mediante los atracones traga comida, traga rabias, traga violaciones, traga con todo lo que no se ha atrevido a decir en su vida cotidiana.

En todas las etapas evolutivas de su historia de vida existe un elemento en común que se repite invariablemente :

Desde que era una niña le insultaban y rechazaban porque estaba gorda, provocando en ella un gran sentimiento de soledad. Lloraba porque toda esta situación le hacía sentir muy insegura y débil, no sabiéndose enfrentar a los insultos. A los 8-9 años, sentía que su vida no le gustaba y pensó varias veces en tirarse por el balcón. Su madre la iba cambiando de colegio y se seguía repitiendo la misma historia: insultos por su gordura y sensación de impotencia por no saberse defender. No fue hasta los 15 años, al iniciar un régimen muy rígido y adelgazar muchos kilos, cuando sus compañeros de clase la empezaron a aceptar. Siempre ha pensado, que si hubiera sido una niña delgada sus amigos la hubieran querido y no se hubiera sentido tan mal durante toda su vida.

En la adolescencia, la disociación se hace muy evidente, porque te miras en el espejo de los demás, preocupado por la aceptación del otro. Te planteas ¿qué tendría que hacer para que me aceptaran?... pero la respuesta que se dan nunca es: “aceptarme a mí misma”.

La construcción de la realidad de Marta, ha sido:



Desde pequeña, Marta aprende a ser el reflejo del otro, leyendo su self en los demás. La esencia, su esencia, la busca en el exterior, en gustar al otro.

- Los obsesivos buscan la esencia en el exterior: en las normas, los deberías, el juicio externo o interno.

- Los bulímicos-dápicos, buscan la esencia en el exterior: en los demás (en agradarlos).

Ninguno de los que sufren estos trastornos, se escuchan a sí mismos.

- Los narcisistas buscan la esencia en el exterior; no necesitan al otro, sino la confirmación continua de los demás, pues aunque ya se lo crean, les gusta que le digan lo maravillosos que son (la típica narcisista, sería la madrastra de Blancanieves, que pregunta continuamente al espejo, quien es la más guapa del reino).

La terapia con las bulímicas consistiría en ayudarlas en ese proceso hacia la Autonomía, buscando convertirse en la referencia de sí mismas y aprendiendo a aceptarse de forma incondicional. Lo que se podría denominar a nivel popular, un trabajo de autoestima.

Este tipo de pacientes son muy responsables y perfeccionistas, asumen como propias las exigencias de su entorno, chicos y chicas modelo, que siempre han vivido para cumplir con lo que le demanda la sociedad, porque con el reconocimiento de los demás, consiguen un reconocimiento que a sí mismas no pueden darse. Este ideal de perfección (suelen presentar rasgos obsesivos) aparece casi siempre a los ojos de los demás, visión que sirve de guía, en ausencia de criterios propios:

“Estaba tan preocupada y obsesionada en intentar dar una imagen que no decepcionara ni desencantara a los demás, que olvidé como era yo; en las fiestas me obligaba a ser payasa, divertida, extrovertida, chistosa, porque así sería apreciada, valorada y querida. Cuando a veces no tenía ganas porque estaba triste, me quería morir porque toda mi imagen se iba a pique y la gente ya no me querría. Era muy cansino tener que dar una imagen siempre perfecta”. Paciente Lorena

Jorge Bucay (en su libro “Cartas para Claudia” escribe:

“¿Para qué hago las cosas? ¿quiero que los demás me quieran, me aprueben, que me acepten, que estén contentos de conocer a una persona tan agradable y gentil como yo?. Tengo miedo de que me rechacen, que me abandonen, que me critiquen, que no me quieran.

Y entonces abro el baúl de los recursos y me disfrazo: una nariz redonda, un poco de colorete, un sombrero atractivo, unos zapatos graciosos y sobre todo, traje y corbata (porque no hay que perder la formalidad...). Entonces te engaño, te estafo, te miento....

Tu aceptas mi disfraz, quieres mi disfraz, admiras mi disfraz...Y si lo hago bien quizás ni siquiera te des cuenta y creas que te estás relacionando conmigo.

Un día yo me doy cuenta y empiezo a echarte de menos. Quiero que contactes conmigo.... Conmigo de verdad.

Y me quito la nariz, el colorete, el sombrero, los zapatos, el traje y la corbata. Y lo guardo todo en el baúl de los recursos y guardo el baúl bien lejos, para que no estorbe el paso.

Ahora sí

Ahora soy yo.

Ven conmigo.

Mírame. Tócame

Huéleme

Escúchame.....

Soy Yo

Es cierto. Ahora muchas más personas me rechazan y también es cierto que muchas menos personas me quieren, pero cuando te encuentro a ti, a ti, que me aceptas así, tal como soy...! Que placer! Imagínatelo, ¡ Que placer!

¡NO TE DISFRACES PARA MI!! ¡LO QUE YO QUIERO ES ESTAR CONTIGO!

Pili otra de mis pacientes, describía así sus inicios en el mundo de la bulimia:

“... me aterraba estar sola, ya que no podía vivir sin la aprobación continua de alguien. Fue en aquel año, uno de los más duros en mi labor como maestra, cuando comencé con la bulimia... recuerdo que cuando salía del colegio, después de un día de mucha ansiedad, en el coche y de

camino a casa me atiborraba a pastas, ya las dejaba preparadas allí por la mañana, porque sabía que más tarde, las iba a necesitar. La situación era complicada, pero temía que si decía algo en la escuela sobre lo que me ocurría, pensarían que no era una buena profesional. Y así acabé, con 20 Kg. de más y derrotada. Pensaba que al acabar las vacaciones todo iría mejor, descansaría para enfrentarme mejor al nuevo curso, pero caí en una depresión que no quiero ni recordar. Todo se complicaba.

Durante todos estos años de bulimia, he sido insegura, dependiente de los demás, necesitaba la valoración de todos, su permiso, ya que yo me sentía insegura, inferior. Consideraba que mis compañeros de trabajo lo hacían bien y yo no, siempre poniendo en duda mis conductas y con el temor de perder a mi marido por pensar que yo no era lo suficiente para él, debido a este complejo de inferioridad.

Siempre he intentado agradar a todo el mundo, sintiéndome culpable por todo lo que ocurría a mi alrededor, me obsesionaba el ser perfecta, cualquier fallo era una confirmación de mi inferioridad. Me he pasado 10 años de mi vida necesitando la aprobación de los demás, de todo lo que hacía”.

ADOLESCENCIA

Estas jóvenes bulímicas, se van especializando en perfeccionarse a ellas mismas (buenas estudiantes) para demostrarles a los demás su propio valor y poder complacerlos, se vuelcan tanto en el bienestar de los demás, que dedican muy poco tiempo al desarrollo de su propia identidad. Muchas veces, su alrededor no lo controlan, pues no consiguen todo lo que pretenden o se encuentran en situaciones desagradables que no saben resolver, pero mediante el control de la comida, consiguen darse sentido a sí mismas.

La paciente bulímica, no sabe valorar sus propios logros o éxitos, por eso, es tan importante para ella, que los demás, todo su entorno, la apoyen continuamente y le hagan sentir bien. Sólo con el reforzamiento externo podrá encontrarse mejor y quererse un poco más (la esencia la buscan en el exterior).

Se compara con una imagen idealizada, y procura ser como ésta; lógicamente cualquier intento que realice la llevará al fracaso, a la ansiedad y por tanto a la ingesta de comida. Pero sólo cuando maduran emocionalmente se adquiere la objetividad necesaria para darse cuenta de que es imposible ser perfecta:

“En realidad, yo siempre creí, que la salida era bajar de peso, eso me iba a cambiar la vida. Todavía hoy me aferro a esa mentira, porque es una mentira enorme que nos decimos a nosotras mismas para no enfrentarnos a situaciones, para no crecer, para evitar hacer cosas, que nos dan miedo, tanto miedo...”

De todos es sabido, que la adolescencia es una época difícil, pues todavía no

se han formado criterios claros sobre las cosas y existe una mayor inestabilidad emocional. Esto, sumado al malestar que provocan los cambios corporales típicos de esta etapa, (pues no dejan de compararse con las amigas o las modelos), les puede llevar a hacer régimen, cómo una conducta mediante la cual obtendrán la aprobación del otro y un aumento de la autoestima, ya que se acercarán más al ideal, o al menos a lo que la sociedad pide, pues no olvidemos que hoy por hoy la delgadez está asociada al éxito. El adelgazamiento es vislumbrado como una salida a una situación que ha dado lugar a un evidente derrumbamiento emocional.

Hay muchos jóvenes que se asustan, en esta etapa adolescente, pues no se atreven a desear, a manifestar sus deseos por temor a no ser aceptados, rechazados o abandonados. Tienen poca valía personal, dándole más importancia a las necesidades del otro, que a las suyas propias y esto dificulta la creación de su proceso de elección y toma de decisiones.

“Abrir la nevera nunca puede herirnos, la gente sí”

Todo ello, facilita el desarrollo posterior de un trastorno bulímico, que le sirva para recuperar el control, que le es tan necesario para ser alguien, si controlo la comida, mi peso, controlaré mi vida. Los episodios cíclicos de glotonería e inanición, o de comer compulsivamente para vomitar después, le proporcionaran temporalmente cierto sentido de orden, en contraste con la confusión de otros aspectos de su vida. En este sentido, los episodios bulímicos, les proporcionan a muchas jóvenes cierto alivio, pues las liberan de un estado de ansiedad y contención interior importantes, utilizando estos periodos de atracón como un espacio que tienen para olvidar, para “vomitar” (metafóricamente hablando) todo aquello que la falta de asertividad, junto con la autoestima baja, les ha obligado a “tragar”. Durante mucho tiempo han estado “tragando” con todo lo que les ocurría a su alrededor, por no creer tener derechos a expresar opiniones, deseos, etc...o sobre todo, por ese miedo a qué pasará si dicen lo que piensan:

“cuando tengo problemas, tengo ganas de comer, me bloqueo y necesito comer y vomitar y no enfrentarme a nada”

En lo que coinciden varios autores es en el hecho de que el control alimentario, es una fuente de identidad para estas jóvenes y su curación implica el abandono de ésta y el paso una vez más hacia lo desconocido.

Durante el proceso terapéutico, es importante que la paciente aprenda a descubrir y distinguir qué sensaciones le provoca la comida, pues ha perdido la percepción o el gusto por el comer a nivel sensitivo. Ha dado a la comida un simbolismo que no tiene y mediante este ejercicio se pretende cambiar esta cognición: la impulsividad y el descontrol del acto de comer, transformarlo en “yo que quiero o deseo”. Aprender a disfrutar de la comida:

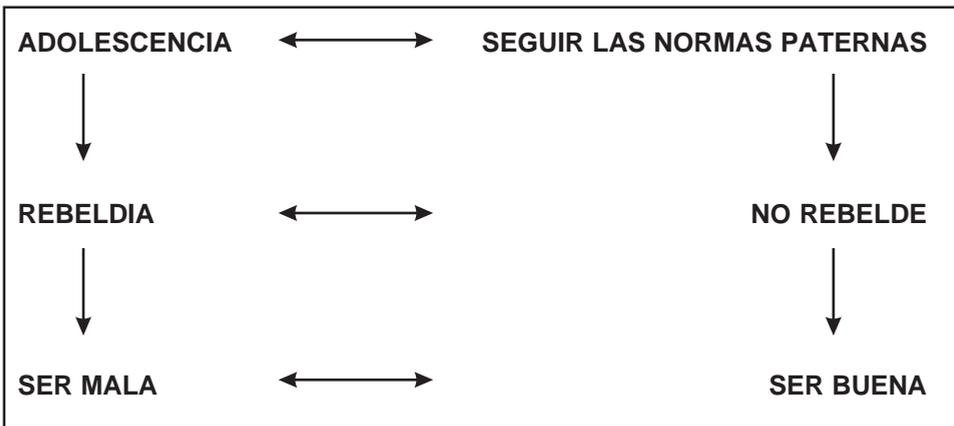
- Si tiene hambre
- Si desea o no comer
- ¿Qué tipo de alimento me apetecería comer?

- ¿Me gusta?
- Está caliente o frío.
- Como rápido o lento.
- Textura de los alimentos

El caso de Pili pone de manifiesto que la cognición que tenía de su etapa adolescente le creó un conflicto que posteriormente desembocó en un trastorno bulímico. Para ella, la adolescencia se asociaba a rebeldía, a un “sentirse mala”, ya que suponía romper con muchas de las normas ya instauradas durante su infancia y eso le provocaba mucha ansiedad, (no podía defraudar a sus padres y dejar de ser la niña responsable, seria y buena que ellos querían, tenía que mantenerse en ese rol a pesar de sus deseos o necesidades). Así que decidió no comportarse como la típica adolescente y así no haría sufrir a su familia ni se sentiría culpable (estructura dápica: agradar a los demás) sin saber, que con ello, también estaba empezando a negar su propia identidad.

El self que leía en el otro (en este caso su familia) y la rígida construcción que tenía de su la realidad, le impidieron ir creando con el tiempo, sus propios derechos, normas u opiniones. El hecho de buscar la validación de sí misma en el otro y de no legitimar su anomia le impidieron crear una idea de sí misma (de lo que era y quería) y por lo tanto una gran dificultad para poder evolucionar hacia la autonomía.

Construcción de su realidad: (siguiendo el patrón de funcionamiento Todo-Nada, típico de bulímicas).



Durante muchos años, mantuvo este esquema de funcionamiento, sin creer tener derecho a opinar, ya que se sentía culpable por ello, y por tanto sin oportunidad para poder crear su propia experiencia, pues el referente siempre estaba fuera de sí misma. La esencia se busca en el exterior (en los demás, en agradecerles)

- Dificultad para regirse por emociones (desconexión emocional).
- Y expresarlas (alexitimia).
- Dificultad para pasar del “tengo que”... “al quiero”. No hay agrado desde

el tengo que... Sólo desde el elijo o el decido me estoy haciendo responsable, soy dueño de mí, soy plenamente Yo.

- Dificultad para decidir por sí misma. (pues dependen del otro) en cosas que no sean la comida (tipo y cantidad...).
- Dificultad para entender que es imposible gustarle a todo el mundo, y que lo importante es gustarte a ti misma.
- Dificultad para creer que su identidad no únicamente se la da el control hacia la comida.
- Dificultad para formular deseos, pues no tienen integrada la parte más anómica.
- Dificultad para coger las riendas de su propia vida.
- Dificultad para diferenciar entre Alexitimia e “incontinencia emocional”.
- Dificultad para asumir que no puede controlar todo su alrededor, como a ella le gustaría.
- Dificultad para ser asertiva (le causa mucho conflicto disgustar a alguien, si expresa lo que ella opina, por lo tanto, lo contiene, creándole ansiedad y luego tiene la necesidad de comer compulsivamente).
- Dificultad para la introspección de deseos o emociones, buscando validadores externos que la regulen.

---Querida bella durmiente

Según G. Morandé: *“la sintomatología bulímica ayuda a olvidar, de manera que cuanto más fuerte es la enfermedad, mayor olvido existe; es como una poderosa goma que todo lo borra”*. Pero la realidad, es decir, su historia tanto familiar como personal, vuelve a aparecer cuando hay mejoras, y se comprueba que algunos de estos problemas estaban latentes y que aparecen de nuevo cuando se superan las fases más activas de la enfermedad.

“creí que quería ser delgada, pero descubrí, que lo que quería era ser invulnerable”

Si en la anorexia nerviosa, 1/3 de los factores desencadenantes se encuentra en el marco familiar, en la bulimia es aún mayor, pero sea cual sea el problema, la única forma de librarse de él, es resolviéndolo, no mediante la comida, pues ese medio no es más que una forma de huir de una realidad poco agradable.

“Cuando como, es como un yoga, no siento, todo desaparece.”

La insoportable levedad del ser.

“La percepción obsesiva, respecto al cuerpo, al aspecto y al peso, eran tan solo la parte del iceberg. No había aspecto de mi personalidad que no me disgustase. Sentía que no valía nada tal y como era, pero que sin esa identidad bulímica, no era nada”.

“A veces, pienso que me gustaría decir que soy bulímica para despertar

interés, para que los demás me atiendan: Así soy algo que los demás no son y que sólo yo sé lo que es y lo que se siente”

Como dice el Dr. Toro:

“La preocupación por la imagen corporal es tan acusada que ocupa un lugar privilegiado, central en los pensamientos sobre sí misma. La paciente bulímica, se siente plenamente identificada con su cuerpo que rechaza angustiada. Su autoimagen, la imagen global que tiene de sí misma como persona, está casi totalmente determinada por la imagen corporal. Sus otras características personales ocupan un segundo plano. Por ello, hará todos los esfuerzos por controlar su peso, porque si lo consigue, habrá sido gracias a su propia voluntad. Está controlando su hambre, su cuerpo, la situación; está controlando su malestar y su bienestar; Esta sensación de control, satisface a la persona bulímica de todos sus sufrimientos.”

En busca de una nueva identidad.

“To be or not to be, that’s the question” (William Shakespeare).

“Soy bulímica desde los 15 años, y temo dejar de serlo”.

Marilyn Duker y Roger Slade (1995) piensan que como el sentido de identidad de la paciente anoréxico-bulímica depende de que pueda controlar su hambre, el terapeuta no debería realimentar a la paciente (en el caso en el que se encuentre en la fase anoréxica) sin tener en cuenta sus valores de identidad, pues podría aniquilar el sentido de autoestima de la enferma. Ya que el sentido o valía propia, depende de que puedan establecer o mantener regímenes, manteniéndose delgada, el control es todo lo que tienen para mantener su autoestima.

Se trata de personas que han llegado a comprender, experimentar sus alegrías, su capacidad y todo su ser, con base a su habilidad para restringir alimentos. Por eso cuando a la bulimia (en la etapa de restricción de alimentos) se le hace comer, no siente que se le ha liberado de ningún síntoma molesto, más bien se siente destruida, pues su voluntad ha caído bajo una fuerza superior.

“La belleza es un estado de ánimo” (Emile Zola)

La terapia consiste en la necesidad de crear y desarrollar un sentido más firme de sí misma, que ya no esté centrado en el control alimentario y corporal. El verdadero yo, ha de comenzar a evolucionar y a manifestarse, ha de comprender más de su existencia, prestando mayor atención a sus emociones y sensaciones, darse cuenta de sus propias vivencias, identificando sus propias necesidades y a expresarlas de forma más sana, no mediante su cuerpo. Aprender a querer a sí misma tal y como se es. Sólo la plena aceptación y expresión de un sentimiento, permite completarse y dejar camino para algo más.

Hay que intentar explorar en la paciente, y enseñarle a tener una actitud sobre

la vida, no importa que haga las cosas bien o mal, lo importante es que salgan de dentro de ella, porque haga lo que haga, todo ello supondrá una fuente de aprendizaje, imprescindible para crear su propia experiencia.

...Y a veces, cuando la “bella durmiente” poco a poco va despertando de ese sueño, empieza a descubrir lo que realmente necesita y antepone sus necesidades a la de los demás (sin por ello creerse egoísta), reclamando sus derechos, recién adquiridos. Entonces... sólo entonces, podrá dedicar más tiempo a saber lo que quiere y a enfrentarse a situaciones largamente postergadas, pudiendo a veces, crear malestar a algunas personas de su alrededor:

Una de mis pacientes, después del proceso terapéutico escribe:

“Mi madre todavía dice que con la terapia que hice con la psicóloga, me dio por rebelarme y que estaba insoportable, dice que la confirmación de mi propio yo, lo hice hiriéndola a ella y poniéndome en su contra y todo esto lo piensa, porque durante el proceso terapéutico empecé a expresar a nivel verbal lo que sentía y pensaba sobre cosas que durante mucho tiempo tenía dentro y no sacaba ”

“Cuando por fin, abrí los ojos y me di cuenta de lo que ocurría a mi alrededor, muchas cosas cambiaron en mi vida. Las discusiones con mi marido, cada día eran más fuertes... y en una de ellas me dijo: ¡Cariño, te prefería bulímica! Entonces me di cuenta, de que por miedo a una posible ruptura, había estado negando esa situación durante mucho tiempo.

En el proceso de cambio, la paciente pasa por varias etapas:

Al principio es sumisa, siempre pensando en los demás, con la necesidad de no crear conflicto, y sin expresar emociones u opiniones por miedo a que los demás se enfaden o disgusten con ella. Prefiere que todo el mundo estuviera contento. Llenando su vacío existencial mediante la comida.

La alexitimia es típica de estas pacientes, porque muchas de ellas creen que expresar sentimientos significa dar rienda suelta a sus impulsos, sus rabias o iras, de forma agresiva o descontrolada, con el propósito de sentirse bien, aunque los demás se molesten por ello... Y hay que explicarles que se pueden expresar de un modo adecuado y en según qué circunstancias, sin perder el respeto hacia el otro. (Romper con el constructo todo-nada). Tienen que entender que una cosa es ser alexitímico y otra muy distinta tener incontinencia emocional.

Conforme va pasando el tiempo y el proceso terapéutico va avanzando, la paciente siente rabia y la escucha, le hace caso a ese sentimiento que durante mucho tiempo intentó negar, esconder o rechazar. Poco a poco va cambiando la visión de sí misma y de lo que ocurre a su alrededor, va expresando sus emociones, probablemente de forma más agresiva al principio, pues durante mucho tiempo ha existido contención y aún no tiene recursos para hacerlo de otra forma más asertiva. Ya no traga con todo, empieza a *vivir a sentir y a expresar*. Empieza a entender, que puede comer, sin dejar de ser.

Poco a poco, va creando una identidad y adquiere recursos asertivos que le ayudan a diferenciar agresividad de asertividad, por lo que va perdiendo el miedo al rechazo. Ya no salen tanto las rabias y se inicia un periodo de asimilación de su realidad. En estos momentos ya se encuentra más serena con un mayor conocimiento de sí misma y con tiempo para elaborar todos los cambios que ha provocado su “curación”. Aprenden a “digerir” las cosas que le ocurren, no mediante el estómago, como habían hecho hasta ahora, sino mediante la razón o la coherencia.

Muchas de mis pacientes en este momento toman determinaciones con respecto a su vida y su futuro, cuando se enfrentan por primera vez a su realidad, teniendo en cuenta sus propios criterios, otorgándose el poder a sí mismas, sin buscar la validación en los otros. Este momento no es fácil, pero se sienten con fuerzas para vivirlo, pues gracias a él, estarán creando su propia experiencia.

Este es el relato que escribió Sandra una de mis pacientes bulímicas, dirigiéndose a su pasado de enfermedad:

“Mi nostálgico pasado:

Apesar de que me pises los talones despiadadamente, aunque cada día que pasa pretendas integrarme en tus dominios, créeme cuando te digo que cada día estás más lejos.

Aún no sé por qué te escribo, supongo que algo de mí se siente en deuda contigo, por lo que fuiste en su momento.

No sé si creer en tu ingenua inocencia y pensar que has hecho las cosas sin intención o malpensar en una clara decisión por amenazar mi persona como si hicieras prácticas de tiro, pero por alguna extraña razón, no te guardo rencor. Jugaste conmigo, es cierto, utilizaste mi debilidad emocional y mi temprano entendimiento para sumir en un torbellino de dudas mis pensamientos, mis sentimientos, mi vida. De alguna forma, te estaré eternamente agradecida porque con el poder del tiempo y la paciencia de la razón conseguí hacer de cada sensación un nuevo universo del que aprender, y del que sigo aprendiendo, pero ahora no tengo miedo, no temo a mi propia sombra, no me avergüenzo de ser yo misma, no quiero huir de mí, quiero recrearme en el presente y observar apaciblemente tu rostro mientras te demuestro que ahora puedo expresar mediante palabras lo que siento.

Sé que pude ser mejor, que debí aprovechar más aquellos momentos que me brindabas, no busco un culpable, no creo que me trataras mal, cada cual se queja de sus males y yo tal vez hice mal en acallarlos y sufrirlos en silencio, creyéndome una mártir.

Tal vez, no llegue a cambiar el mundo en el que vivo, pero intentaré hacer que tu recuerdo (ahora plácido) me ayude a mejorar el mío. “

Este artículo considera los trastornos alimentarios desde una perspectiva evolutiva y existencial como manifestación de una dificultad para otorgar significado a la propia existencia. Diversos testimonios de pacientes anoréxicas y bulímicas sirven de hilo conductor al desarrollo del entramado argumental.

Palabras clave: *anorexia, bulimia, existencia, adolescencia, psicología evolutiva*

Referencias Bibliográficas:

- A.P.A (1995). *DSM–IV. Manual de Trastornos Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BOUSOÑO GARCIA, P GONZALEZ, J BOBES GARCIA, G PASTILLA (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Laboratorios Dr. Esteve. S.A. División Neurofarm
- BUCAY, J. (2003). *Cartas para Claudia*. Barcelona: Integral.
- CALVO SAGARDOY, R, (2002). *Anorexia y Bulimia (Guía para padres, educadores y terapeutas)*. Barcelona: Planeta
- CRISPO, R., GUEJAR, D. & FIGUEROA, E. (1996). *Anorexia y Bulimia (lo que hay que saber)*. Barcelona: Gedisa.
- DUKER- SLADE (1995) *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Edit Uthea (Noriega)
- MORANDE GONZALO (1995). *Un peligro llamado Anorexia*. Edit Temas de Hoy
- MORANDE GONZALO (1999). *La anorexia (como combatir y prevenir el miedo a engordar en las adolescentes)*. Edit Temas de hoy
- PEGGY C. P. (1998). *¡Alerta Anorexia y bulimia!* Barcelona: Vergara
- RAUSCH H. C. (1996). *La esclavitud de las dietas*. Barcelona: Paidós.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S. SELVINI, M. A. & M. SORRENTINO (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- SHERMAN C. F. & SOROSKY. D. A. (1988). *Trastorno de la Alimentación*. Edit Nueva Visión
- TORO y Artigas (2000). *El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Martínez Roca
- UGAZIO, V. (2000). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.
- VILLEGAS. M (1997) Psicopatologías de la Libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de psicoterapia* 30-31. 19-91
- VILLEGAS. M (2002). ¿Dónde vas con mantón de Manila?: el proceso de convertirse en persona... autónoma. *Revista de Psicoterapia*, 50-52, 102-162