

Maestría en Psicopatología y Salud Mental

Trabajo Final Integrador

Especialización en Psicopatología y Salud Mental

**Bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad: análisis de una
viñeta clínica estructurada incluyendo la visión de la analista tratante**

Alumna: Lic. Cindy Rybak

Mail de contacto: cindyrybak@gmail.com

Año: 2021

Resumen

Introducción: la bulimia nerviosa y el trastorno límite de personalidad son cuadros muy prevalentes, con altos niveles de riesgo y alteraciones clínicas. Diversas revisiones han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico entre ambas patologías. La formulación sistemática del caso puede contribuir a profundizar nuestro conocimiento sobre dicha interacción. **Objetivos y métodos:** a los fines de una integración entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, el presente trabajo analizó cómo se integraba un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa con el concepto psicodinámico de “organización límite de personalidad”. El análisis y la integración se efectuaron a partir de una viñeta clínica estructurada, extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM-2, y un cuestionario breve administrado a la terapeuta tratante del caso. **Resultados y discusión:** se plantean ejes de análisis posibles para la interfase “bulimia-organización límite”, con base en las teorías del self y la comprensión psicodinámica de la sintomatología. Asimismo, la integración desarrollada ilustra los criterios PDM-2 para una formulación psicodinámica del caso. Se discuten implicancias para la investigación y la práctica clínica psicoanalíticas.

Palabras clave: Bulimia nerviosa – Organización límite de personalidad – Formulación psicodinámica del caso – PDM-2

Introducción

A nivel internacional, los trastornos de la conducta alimentaria conforman un grupo de desórdenes de alta prevalencia y que implican, en porcentajes considerables, riesgo de vida para los pacientes. De hecho, trastornos como la Anorexia y la Bulimia, presentan una tasa de mortalidad cercana al 20%, en un lapso de veinte años de evolución (Gratch, 2016; Kächele et al., 2001).

La bulimia nerviosa es un cuadro complejo y multideterminado. Uno de los principales síntomas del diagnóstico es el atracón. Este acto supone una sensación subjetiva de descontrol, que conduce a una excesiva incorporación de alimentos, a través de los cuales el paciente intenta regularse o calmarse. En este sentido, el sujeto con bulimia buscaría llenar o apaciguar un vacío con los atracones, estrategia que finalmente no llena ni calma, sino que deviene en una nueva sensación de vacío que completa un círculo vicioso (De las Casas, 2006; Gratch, 2016).

Es importante destacar que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en el tercer lugar de la lista de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a adolescentes mujeres, y tienen una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Por su parte, el trastorno límite representa el desorden de personalidad más común en la práctica clínica, incluyendo, al igual que los trastornos alimentarios, un alto porcentaje de riesgo de vida para el paciente, en este caso en términos de ideación e intentos suicidas (Fisher, et al, 1995; Grant, et al., 2008; Gratch, 2016; Montero Hernández, et al. 2018; Ramos Cruz, 2017).

Diversas revisiones sobre el tema (Gratch, 2016; Persano, 2005) han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de personalidad. De este modo, los síntomas principales del trastorno límite, en donde predomina el temor al abandono, la inestabilidad en la autoimagen, en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales, y en cambiantes conductas guiadas por la

impulsividad; son compatibles también con los cuadros de desórdenes alimentarios. Los desarrollos pioneros de Kernberg (1984/1999) destacaron cómo la organización límite de personalidad se caracteriza por perturbaciones dentro de las cuales se ubica la “difusión de identidad”. De esta manera, las perturbaciones de la identidad propias de la organización límite, según Kernberg (1984/1999), pueden ser una base para la comprensión dinámica del trastorno bulímico. A lo anterior se suma que la sintomatología bulímica proviene, usualmente, de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante, que han ido transformando los rasgos del sujeto hasta configurar una personalidad trastornada (De Las Casas, 2006; Gratch, 2016; Kernberg, 1984/1999).

Una de las estrategias disponibles para abordar clínicamente este tipo de fenómenos donde interactúan diversos aspectos, radica en la formulación sistemática de los casos. En las últimas décadas, algunos esfuerzos de grupos de trabajo psicoanalíticos han insistido en la importancia de la formulación sistemática de los casos, tanto para la investigación como para la práctica clínica (Bernardi et al., 2016; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; Lingardi & McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006).

Siguiendo el trabajo de Bernardi y equipo (2016), la formulación sistemática de caso, en el campo de la psicología clínica, resulta relevante para poder plantear con más claridad las hipótesis acerca de qué le pasa al paciente, a qué se debe, cómo tratarlo y cómo evolucionó. Esto nos permite consignar dichas hipótesis de manera rigurosa y fundamentada en su historia clínica. La intención de este proceso es recoger con mayor precisión lo que ocurre en la realidad: la percepción que el terapeuta tiene de su paciente, la forma en la que pudieron trabajar juntos, y lo que el paciente logró obtener de ese trabajo desde la perspectiva del terapeuta y desde su propia perspectiva (Bernardi et al., 2016).

Objetivos del presente trabajo

Dentro de este contexto, el presente trabajo tiene por objetivo analizar los vínculos que pueden establecerse, desde una perspectiva psicodinámica, entre la

bulimia nerviosa y la organización límite de personalidad, analizando una viñeta clínica estructurada de una paciente que evidencia una combinación de ambas patologías. La viñeta ha sido extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingardi y McWilliams, 2017). A su vez, también se administró un cuestionario breve a la analista tratante del caso, recabando información sobre la paciente y la interfase entre ambas patologías, según el juicio clínico de la terapeuta. De esta manera, se apuntó a la integración entre material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera. En un sentido más amplio, se intentó un primer paso hacia estudios que profundicen no sólo en los vínculos entre organización límite de personalidad y la bulimia nerviosa, sino también en las posibilidades de estrategias sistemáticas de formulación de caso para la práctica clínica y la investigación psicodinámica (Juan et al., 2021).

Marco metodológico empleado

Pregunta científica

¿Cómo puede integrarse un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa con el concepto psicodinámico de organización límite de personalidad?

Hipótesis descriptiva del estudio

La formulación sistemática de casos permite una mejor comprensión de la interfase entre organización límite de personalidad y bulimia nerviosa.

Variables centrales de la investigación

Las variables que sostienen el trabajo de investigación propuesto son: 1) bulimia nerviosa, 2) trastorno y organización límite de personalidad, 3) formulación psicodinámica del caso.

Objetivo del estudio

Indagar los vínculos entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de “organización límite de personalidad”, mediante el análisis de una viñeta clínica estructurada y la visión de la terapeuta tratante.

Caso clínico “Michelle”

Para el presente trabajo de integración final se utilizó la viñeta clínica estructurada “caso Michelle”, extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017; Calvo Serrano, 2020). El PDM-2 organiza dicha viñeta en términos de: (1) ilustración clínica, (2) afectos relevantes, (3) defensas, (4) preocupación central y pensamiento patológico, (5) reacciones del terapeuta a la paciente, (6) indicación terapéutica y (7) diagnósticos DSM-5 y PDM-2.

Ilustración clínica

Michelle es una adolescente de 17 años de complexión delgada pero no excesivamente flaca, que acude a consulta sola después de pararse a pensar sobre ella misma tras ver la historia de una chica con trastorno de alimentación en la televisión. Describe un malestar provocado por emociones cambiantes que pasan de una tristeza enorme a sentir que puede conquistar el mundo. Con lenguaje calmado y apropiado a su edad explica que hace dos años, tras empezar una dieta con su madre (quien hace dietas con frecuencia) perdió 15 kg en 40 días. Siente un odio hacia su cuerpo desde que cambió cuando le vino la menstruación, y también a raíz del abandono sentido cuando su único novio la deja. Él está ahora con su amiga, a la que ella describe como más atractiva. Se cree fea e indigna de ser querida. Michelle explica que cuando perdió peso se seguía forzando a perder más pero no podía. Nombra periodos de comer muy poco y motivarse cuando veía en la balanza que su peso iba bajando. Bebía agua continuamente. Dice no haber sentido nunca hambre, incluso cuando sentía una aguda necesidad física de comer. La comida y perder peso se convirtieron en el centro de sus pensamientos, planificando continuamente lo que no tenía que comer. Describe estos pensamientos como implacables e invasivos. Cuando no podía llevar a cabo su plan alimenticio, sentía un gran malestar consigo misma y crecía el sentimiento de no ser digna. Después de dos meses de dieta, su peso se atascó y dejó de menstruar. Empezó a sentirse deprimida por pensar que había fracasado y decidió apuntarse a un gimnasio. Hacer ejercicio aeróbico se transformó en otra obsesión. A raíz de pesarse y descubrir que su peso había subido a pesar de sus esfuerzos, la rabia y el desánimo la llevaron a comer grandes cantidades de comida. Asocia ese momento con el principio de un periodo de atracones. Después de este hecho, empezó a seguir el mismo patrón: forzarse a comer muy poco, no conseguir la abstinencia que se había marcado y empezar a comer de forma voraz y sin control. No puede recordar qué comía en estas ocasiones. En el momento de la consulta, continúan las obsesiones con el ejercicio y el peso. Va al gimnasio todos los días, utiliza laxantes y a veces, se

induce el vómito. Michelle tenía muy buen rendimiento académico con resultados por encima de la media y nunca generaba problemas con su comportamiento. Decide ir sola a la entrevista porque cree que sus padres la verán como “loca” si se enteran de su situación. No sospechan nada de lo que está ocurriendo. Trata de no preocupar a sus padres siendo la hija perfecta, trabajadora, con talento, sonriendo todo el tiempo para evitarles sufrimiento. Cree tener todo en su vida (vacaciones en el extranjero, ropa de moda, buen colegio) y se siente culpable porque ellos pudieran sentirse decepcionados. Cuando habla de sí misma lo hace con desprecio, describiéndose como idiota y débil. Decide buscar ayuda porque cree que quizás el problema esté en su cabeza. Intenta hacer cosas para sentirse mejor sin llegar nunca a conseguirlo. Dice tener una buena relación con su madre, aunque reconoce que a veces le cuesta llevar esta relación puesto que, aunque su madre la ve como su mejor amiga y la única persona en la que puede confiar, Michelle le esconde cosas para evitar que su madre vea en ella cualquier signo de debilidad y no perjudicarla en su ansiedad. Su madre la describe como una chica fuerte y sobresaliente. Michelle relata cómo, cuando era niña, veía llorar a su madre con frecuencia sin saber por qué. Siempre intentaba consolarla. Con su padre describe una relación ausente, ni buena ni mala. Pasa gran parte del tiempo fuera por trabajo y cuando está en casa, sólo muestra interés por los estudios y no por la vida de Michelle. Lo describe como un hombre autoritario, irascible y siempre serio. Cree que si sus padres escucharan la conversación con el terapeuta, se preocuparían y pensarían que no vale, sintiéndose avergonzados y fracasados. Transmite una gran necesidad de cuidado y afecto, y expresa un anhelo de ser protegida y apreciada. Tiene un hermano 4 años mayor que ella con el que no tiene gran relación. Continuamente compiten ya que sus padres los incentivan a demostrar quién de los dos es mejor. Comparten colegio y amigos. Michelle relata que nunca ha podido elegir nada relevante en su vida porque siempre ha estado mediatizado por la elección de sus padres (colegio prestigioso y amigos sanos). Está confusa acerca de lo que quiere y siente presión porque sus padres han elegido la universidad a la que quieren que vaya, pero ella no tiene

claro si quiere ir. Esto le genera rabia que no puede expresar, le asusta que sea tan fuerte que no la pueda controlar y también cómo sus padres puedan reaccionar. Una tía materna de Michelle está diagnosticada de esquizofrenia paranoide con inicio adulto.

Afectos relevantes

Michelle manifiesta un humor depresivo. Explica que si no consigue perder peso, puede quedarse tumbada en la cama el resto del día. Se observa su baja autoestima, miedo a ser abandonada (pregunta al terapeuta si continuará el tratamiento con ella si algún día no tiene nada especial que contarle), vergüenza, miedo a la debilidad y al fracaso, miedo a la pérdida de control de la rabia y la agresión, y sentimientos de ser indigna e inefectiva.

Defensas

Michelle parece tener un conflicto entre sus deseos de crecer y las expectativas de sus padres. Tiene amigos con los que a veces sale y con los que aparentemente muestra un buen funcionamiento social (aunque siente ansiedad al pensar si es lo suficientemente buena con ellos). Le asusta decepcionarlos y hace un esfuerzo continuo por agradarlos. Siempre está dispuesta a ayudarlos para evitar que la dejen de querer y la rechacen. Cree que ningún amor es gratis y siempre hay que dar algo a cambio. Se muestra altamente intelectual, talentosa y sobresaliente en su trabajo. Se valoran la preocupación por su propio sufrimiento y su grado de autoconciencia como recursos potenciales para el tratamiento. Nunca ha consultado con otro terapeuta antes, según ella porque siempre había sido una “buena chica”. Explica que a veces de niña no quería ir al colegio por algunos problemas somáticos. Tenía asma y dolores de cabeza severos. En el jardín de infancia lloraba con frecuencia porque le costaba separarse de su madre. No recuerda cómo fue su reacción cuando su madre volvió a recogerla.

Preocupación central y pensamiento patológico

La representación que tiene Michelle de sí misma está constituida por pensamientos de mucha devaluación. Expresa temores acerca de ser rechazada cuando alguien cercano a ella descubra cómo es. Estos pensamientos, junto a su conflicto con las emociones placenteras, afectan a sus recursos y a la capacidad de valorar el desarrollo de su personalidad e identidad.

Reacciones del terapeuta a la paciente

El terapeuta siente que Michelle no se escucha realmente a sí misma y que ofrece respuestas socialmente aceptables. El esfuerzo por esconder sus verdaderos pensamientos y sentimientos por miedo al rechazo despierta en el terapeuta la preocupación para construir intimidad con la paciente.

Indicación terapéutica

Se hace una propuesta de trabajar con Michelle dos veces por semana con el objetivo de desarrollar su capacidad de manejo de la ansiedad hablando y reflexionando sobre sus sentimientos en vez de actuarlos. Se espera que a través de la relación terapéutica Michelle pueda sentirse lo suficientemente segura como para explorar nuevas formas de estar con los demás e identificar las estrategias que utiliza y la llevan a comportamientos autodestructivos y compulsivos. También se espera que, desarrollando la confianza y seguridad en la relación terapéutica, se pueda convencer a Michelle para que incluya a sus padres en el tratamiento. Se recomienda un trabajo multidisciplinar con un seguimiento médico.

Diagnóstico DSM-5 y CIE-10

Bulimia nerviosa (código CIE-10: F50.2)

Diagnóstico PDM-2

Eje-MA (Perfil funcionamiento mental). MA4. Deficiencia moderada en el funcionamiento mental (rango 33-39). Michelle muestra una buena puntuación en

su capacidad de regulación, atención y aprendizaje, en la capacidad para el rango afectivo, comunicación y comprensión, y para la capacidad de autoobservación. Para la capacidad de mentalización y el funcionamiento reflexivo, diferenciación e integración de la identidad, relaciones e intimidad, funcionamiento defensivo, resiliencia y adaptación, muestra puntuaciones moderadas. Muestra una pobre capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna y también para la regulación y el control de los impulsos.

Eje-PA (Patrones emergentes de personalidad). Nivel de organización de la personalidad límite con una puntuación de 5 en la escala de 0 (psicótico) a 10 (saludable). Estilo de personalidad emergente: depresivo.

Eje-SA (Patrones sintomáticos). Patrón de síntomas emergentes: trastornos de la alimentación y comida.

La Tabla 1 resume la formulación de caso propuesta por el PDM-2 para el caso Michelle.

Tabla 1. Caso Michelle: interfase entre trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe según criterios PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Eje diagnóstico PDM-2	Descripción
Eje M: perfil funcionamiento mental	Deficiencia moderada en el funcionamiento mental Baja capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna. Problemas en la regulación-control de los impulsos.
Eje P: patrones de personalidad	Nivel de organización de la personalidad límite Puntuación 5 Escala de 0 (psicótico) a 10 (saludable). Estilo de personalidad emergente: depresivo.
Eje S: experiencia subjetiva de los síntomas	Patrón de síntomas emergentes Trastornos de la alimentación y comida.

Materiales

Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017)

El caso clínico analizado fue extraído del manual PDM-2, así como también la lógica ofrecida por dicha herramienta para la formulación de los casos, entendida en términos de: (1) ilustración clínica, (2) afectos relevantes, (3) defensas, (4) preocupación central y pensamiento patológico, (5) reacciones del terapeuta a la paciente, (6) indicación terapéutica y (7) diagnósticos DSM-5 y PDM-2.

Cuestionario semi-dirigido, administrado a la analista tratante del caso Michelle

Se realizó a distancia y consistió en cinco preguntas, orientadas a recabar información sobre la paciente y la interfase entre organización limítrofe y bulimia nerviosa, según la perspectiva y el juicio clínico de la profesional tratante. La Tabla 2 resume las preguntas utilizadas.

Tabla 2. Cuestionario administrado a la clínica tratante del caso Michelle

Preguntas

- (1) ¿Cuáles son, desde su perspectiva y experiencia, las claves de las características psicodinámicas que suelen estar vinculadas a un diagnóstico descriptivo de Bulimia Nerviosa?
- (2) ¿Cuáles son, desde su perspectiva y experiencia, las características claves para comprender la "organización límite de la personalidad"?
- (3) ¿Cómo entiende el vínculo entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de "organización límite de la personalidad"?
- (4) ¿Cómo entiende el vínculo entre bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad en el caso de Michelle?
- (5) Considerando la viñeta del PDM-2 de Michelle, ¿de qué manera nos ayudan los criterios de formulación del caso proporcionados por el PDM-2 a analizar el vínculo entre la bulimia y la organización límite?
-

Procedimientos

A partir del material ofrecido por la viñeta clínica estructurada (ver caso clínico) y por la información recogida en el cuestionario administrado a la terapeuta tratante (ver materiales), se efectuó una integración con conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, a fines de indagar los vínculos entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de "organización límite de personalidad".

Aspectos éticos

Dado que se trabajó con un material clínico publicado, no fue necesario resguardar la confidencialidad de los datos clínicos ni obtener el consentimiento informado de la paciente. De todas formas, sí se pidió el consentimiento a la

clínica tratante para utilizar sus respuestas al cuestionario con fines de investigación, y se resguardó su identidad a lo largo del presente trabajo.

Análisis y elaboración de las observaciones realizadas

En la presente sección se detalla la integración efectuada entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera. Específicamente, este trabajo analizó cómo se integraba un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa con el concepto psicodinámico de “organización límite de personalidad”. El análisis y la integración se realizaron a partir de una viñeta clínica estructurada, extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM-2, y un cuestionario breve administrado a la terapeuta tratante del caso (ver marco metodológico).

La integración se ha organizado vinculando aspectos de la viñeta y respuestas del cuestionario con desarrollos teóricos. A su vez, se involucran algunos resultados relevantes provenientes de investigaciones empíricas sobre la temática.

El diagnóstico de bulimia nerviosa

El origen de la palabra bulimia deriva del griego “boulimos”, fusión entre bous (buey) y limos (hambre), que significa “tener el apetito de un buey”. En el pasado, los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes, y a su vez, esta metodología era utilizada como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. Recién a comienzos del siglo XIX se empezó a describir a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito, y la misma fue aceptada como una enfermedad relacionada a un desorden neurótico (Gratch, 2016).

Estos son cuadros observados en la clínica de la adolescencia y de la juventud temprana, y reflejan un padecimiento casi específico del género femenino, presentándose en ocho mujeres por cada un varón. Aunque suele evidenciarse en la adolescencia, su origen se encuentra durante el proceso de metamorfosis del cuerpo acaecido en la pubertad (Rovira, et al., 2011).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) incluye el diagnóstico de bulimia nerviosa dentro del grupo de los trastornos de la conducta alimentaria. La Tabla 3 resume los criterios para el diagnóstico según DSM-5.

Tal cual puede apreciarse en la Tabla 3, el DSM-5 propone que la bulimia nerviosa se manifiestan por una lista de criterios entre los que se incluyen: 1) episodios recurrentes de atracones, que se caracterizan por una ingestión excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, y una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere, 2) comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, 3) la frecuencia de estos atracones y comportamientos compensatorios, que se producen al menos una vez a la semana durante un lapso de tres meses, 4) la indebida influencia de la constitución y el peso corporal en la autoevaluación (APA, 2013).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013).

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Una primera integración con la viñeta clínica aparece al constatar que Michelle cumpliría con los criterios diagnósticos DSM-5 de bulimia nerviosa resumidos en la Tabla 3. Así, encontramos en la descripción del caso información sobre atracones frecuentes (criterio A), conductas compensatorias (criterio B), alta frecuencia de los síntomas (criterio C) y el rol central del peso en la auto evaluación (criterio D).

La bulimia nerviosa y su comprensión psicodinámica

Lo bulímico como un trastorno del self

En términos amplios, los trastornos de la conducta alimentaria han sido usualmente conceptualizados como desórdenes del self (Kohut & Wolf, 1978; Winnicott, 1971). Dentro de esta visión, la bulimia tendría sus orígenes en el vínculo diádico entre el infante y su cuidador, en el cual hubo una carencia de sostén y de contención, que llevó al fracaso de la elaboración y la incapacidad de procesar el abandono. Este daño es explicado por Kohut y Wolf (1978), al manifestar que la esencia de la matriz sana para el self en crecimiento del niño es un self parental cohesivo y maduro, que responde a las necesidades cambiantes de aquél. Sin embargo, responden a ellas a partir de su propio self deficientemente establecido. Puesto que el self presenta serias deficiencias o es muy débil, necesitan objetos del self en lugar de una estructura del self. El mecanismo de defensa primordial en este tipo de pacientes sería la escisión. Esto conlleva a que se desarrolle un self con déficits en la integración, estabilidad y autorregulación. Lo que, consecuentemente, daría por resultado un sistema restitutivo en donde los patrones del trastorno de la conducta alimentaria son utilizados como objetos del self (para una revisión ver: Sands, 1991).

Yendo al material del caso Michelle, la hipótesis de un daño en el self como sustrato de un trastorno bulímico podría apoyarse en los afectos relevantes que son formulados en la viñeta. En efecto, Michelle manifiesta un humor depresivo crónico que incluso el PDM-2 lo postula como tendencia emergente de

personalidad. Esto podría estar indicando una falta de vitalidad en la estructura del self de la paciente. A su vez, surgen datos que abonarían la formulación del caso en términos de una pobre regulación de la autoestima, producto de una estructuración del self deficitaria (Kohut & Wolf, 1978). Esto puede observarse, por ejemplo en los síntomas depresivos de la paciente frente al hecho de no conseguir perder peso. También en la atmósfera de baja autoestima que impregna la interacción terapéutica, con miedo a ser abandonada, que Michelle explicita incluso preguntando a la terapeuta si continuaría el tratamiento con ella en caso de que algún día no tuviera nada especial que contarle. La clínica tratante también incluyó en la viñeta sentimientos de vergüenza, miedo a la debilidad y al fracaso, miedo a la pérdida de control de la rabia y la agresión, y sentimientos de ser indigna e inefectiva.

Influencias ambientales en el desarrollo de un cuadro bulímico

Yendo a otra arista de la formulación psicodinámica para cuadros bulímicos, expertos en el tema de nuestro contexto (Persano, 2005; Rovira et al., 2011) analizan cómo la multi determinación del trastorno de la conducta alimentaria tiene sus bases en la sociedad, la familia, la biología y la personalidad. En cuanto al factor social, la publicidad, el éxito “condicionado” hacia lo estético y la sexualización de la mujer, son elementos clave. Con respecto a la familia, suele haber una falla en lo vincular, y el patrón repetitivo es la presencia de madres ansiosas, rígidas, con características obsesivas, exigentes en el rendimiento intelectual y estético. A su vez, es frecuente una historia con padres poco presentes. Por último, los rasgos predominantes de la personalidad tienen que ver con la sensación de soledad, el temor al abandono, la sensación de vacío, la auto desvalorización y la falla en el control de los impulsos (ver también: Gratch, 2016).

Esta participación de la constelación familiar de Michelle en su problemática bulímica también puede inferirse a partir de datos de la viñeta. Por un parte, la paciente refiere que su madre “la ve como su mejor amiga y la única persona en la que puede confiar”. Michelle le esconde cosas para evitar que su madre vea en

ella cualquier signo de debilidad y no perjudicarla en su ansiedad. Cuando la paciente era niña, veía llorar a su madre con frecuencia sin saber por qué, y siempre intentaba consolarla. Con su padre describe una relación ausente, ni buena ni mala. Lo describe como un hombre autoritario, irascible y siempre serio. Cree que si sus padres escucharan la conversación con la terapeuta, se preocuparían y pensarían que no vale, sintiéndose avergonzados y fracasados. Transmite una gran necesidad de cuidado y afecto, y expresa un anhelo de ser protegida y apreciada. Según la viñeta, la paciente “nunca ha podido elegir nada relevante en su vida”, porque siempre ha estado mediatizado por la elección de sus padres. En este sentido, de la descripción que Michelle ofrece de su familia de origen podría hipotetizarse un tipo de desarrollo emocional con posibles fallas empáticas crónicas, y en donde la interacción con sus primeros objetos no ha sido óptima, tanto en términos de lo que Kohut (1984/1986) denominó “objetos del self” como en términos de lo que Winnicott (1971) llamó “madre suficientemente buena”.

En la misma línea, Persano (2005) plantea la hipótesis de que los pacientes, en su infancia, no fueron objeto de amor de su madre. Considera la falta de un espejo que refleje una imagen positiva de sí mismo y que, por lo tanto, favorezca el desarrollo de un narcisismo trófico y una adecuada regulación de la autoestima. En un plano internacional, Paulina Kernberg (1994) también considera que el espejo representa la imagen de la madre, y que el niño se relaciona con él, tal como se relaciona con ella. Esta perspectiva se puede vincular con una de las características principales del cuadro de la bulimia nerviosa, relacionada al lugar predominante que ocupa el espejo en su vida: la mirada ajena, la búsqueda de constante aprobación y validación por parte del otro, como si ese otro fuese un objeto primario de amor (clásicamente la madre).

Otros autores como De las Casas (2006) proponen que el conflicto central en la bulimia nerviosa está dado por el fracaso de la interiorización primaria, debido a una madre que, por exceso o ausencia, no logró establecer los cimientos para un basamento narcisístico estable. Así, se funda una búsqueda incesante de

un objeto que no puede ser interiorizado. De este modo, el sujeto se vincula con el alimento, a través de una sensación de vacío, que lleva a una fase de incorporación caracterizada por el exceso y el descontrol, con la finalidad de apaciguar el mundo interno. Sin embargo, a eso le continúa un nuevo periodo de sensación de vacío, culpa y rechazo.

La visión de la terapeuta tratante

Para finalizar este apartado sobre bulimia nerviosa, se incluye la respuesta de la terapeuta tratante del caso Michelle a la pregunta del cuestionario (ver marco metodológico) que indagó las claves de las características psicodinámicas que suelen estar vinculadas a un diagnóstico descriptivo de Bulimia Nerviosa: *“desde mi perspectiva y mi experiencia, creo que podría enumerar, no en orden de importancia, incluso estando vinculados, un fuerte sentido de severidad sobre sí y los demás, y un gran sentido de inseguridad sobre el amor propio y su propio valor. La persona no sabe nada sobre sí, sobre su identidad. Está presente una fuerte, profunda y dolorosa sensación de vacío. También están presentes fuertes sentimientos de fracaso, debilidad y vergüenza que pueden estar unidos a sentimientos de hambre de cuidado y afecto, y anhelo de ser protegido y apreciado. Desde mi experiencia, también es muy fuerte el miedo a ser abandonado por otros o que le retiren su amor. Una persona bulímica suele sentirse indigna e ineficaz y nunca aceptada por el otro, por lo que una creencia patógena se estructura como "yo soy como tú me quieres". Por eso, la ira y la agresividad suelen ser negadas, silenciadas u odiadas: son aterradoras, peligrosas e intolerables. Generalmente, los sentimientos están bajo control como resultado de la escisión, disociación y la negación: algunos aspectos de sí mismos se mantienen ocultos.”*

Trastorno y organización límite de personalidad

El origen de la palabra “personalidad” deriva del griego, y se define como el conjunto de actitudes, rasgos y características que persisten a lo largo de la

existencia del individuo. A la hora de considerar la problemática límite, surgen dos perspectivas complementarias: la posibilidad de considerar lo límite como un trastorno de personalidad a partir de criterios descriptivos, y la posibilidad de considerar lo límite como un modo de organización y funcionamiento de la personalidad en términos psicodinámicos.

El trastorno límite como diagnóstico descriptivo

Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad se determinan por la presencia de un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañada por una impulsividad intensa. Estas características comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y están presente en diversos contextos. De manera más específica, el DSM-5 propone que las alteraciones de personalidad límite se manifiestan por cinco (o más) de una lista de criterios entre los que se incluyen: 1) esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado, 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables, 3) alteración de la identidad, 4) comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas de automutilación; 5) inestabilidad afectiva, 6) sensación crónica de vacío, 7) enfado inapropiado e intenso, 8) ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013). La Tabla 2 resume los criterios para el diagnóstico según DSM-5.

A partir de la Tabla 4, y a partir de la viñeta del caso Michelle, puede afirmarse que la paciente cumple con la descripción del patrón general de funcionamiento (inestabilidad e impulsividad en varios contextos). Asimismo, también pueden ubicarse en Michelle los criterios 1, 3, 4, 6, 7 y 8, resumidos en la Tabla 4. En este sentido, Michelle cumpliría con criterios diagnósticos descriptivos de trastorno límite de personalidad según el sistema DSM-5.

Tabla 4. Criterios diagnósticos del trastorno límite según DSM-5 (APA, 2013).

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

Lo límite como una organización de personalidad

Siendo uno de los primeros en sistematizar la temática para el campo psicodinámico, Kernberg (1984/1999) plantea una comprensión de criterios del diagnóstico descriptivo del trastorno límite en conjunto con las características estructurales intrapsíquicas, en lo que el autor denominó “organización límite de la personalidad”, a fin de una mayor precisión del diagnóstico y la conceptualización del caso (Kernberg, 1984/1999).

Se denomina “límite” ya que se encuentra entre la neurosis y la psicosis. Según Kernberg (1984/1999) la diferenciación entre ambas estructuras se refleja en base a las características predominantes del paciente: en primer lugar, por el grado de integración de la identidad, en segundo lugar, por los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y por último, por su capacidad para la prueba de realidad. Esta última, se conserva en la organización neurótica o límite, pero está gravemente deteriorada en la psicótica. En este esquema referencial, la estructura de la personalidad neurótica implica una identidad integrada, y presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones avanzadas o de alto nivel. De forma opuesta, las estructuras límites y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión.

Siguiendo con Kernberg (1984/1999), a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre la neurosis y la organización límite, predomina la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente la tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos, y la capacidad de sublimación. Asimismo, para realizar una diferenciación con la esquizofrenia, se tiene en cuenta la presencia o ausencia del proceso de pensamiento primario en la situación clínica y la conservación (o no) de la prueba de realidad.

En los pacientes límite prevalece un sentimiento crónico de vacío, son hipersensibles al desamparo, y se encuentran en una búsqueda constante de aceptación y reconocimiento por parte del otro. Esto genera relaciones caóticas o huecas, ya que no logran una empatía real. Las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por una típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales. Se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada, determinada por una idealización extrema y una abrupta descalificación. Se genera una dinámica entre exclusión e intrusión de objeto, y se sienten invadidos y/o excluidos en el vínculo con el otro. Su modo dependiente en las relaciones interpersonales confiere un carácter dramático a las situaciones de pérdida, las cuales son vividas como un desamparo y abandono que atenta contra el inestable

sentido del self. Este self débil necesita de objetos en lugar de una estructura del self, caracterizados por una fluidez en los límites. Esta necesidad de fusión genera una dificultad en la discriminación acerca de cuáles deseos, pensamientos e intenciones son propios o ajenos (Kernberg, 1984/1999; Kohut & Wolf, 1978; Ortiz Frágola, 2014).

Respecto del concepto de "organización límite de personalidad". Kernberg (1984/1999) propone algunos ejes para su caracterización (ver Tabla 5), entre los que se incluyen: 1) la presencia de ansiedad crónica, difusa, libre y flotante, 2) la neurosis polisintomática, cuando se presentan dos o más de los siguientes síntomas neuróticos: fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas múltiples de conversión, reacciones disociativas, hipocondriasis, y tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática, 3) tendencias sexuales perversas polimorfas, que cuanto más caóticas y múltiples sean, y cuanto más inestables sean las relaciones objetales conectadas con estas interacciones, tanto más debiera considerarse la presencia de esta patología, 4) estructuras de personalidad prepsicótica "clásicas" que incluyen: personalidad paranoide, personalidad esquizoide, personalidad hipomaníaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaniacas, 5) neurosis y adicciones por impulso como el alcoholismo, la drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía, 6) trastornos del carácter de "menor nivel", como el caótico e impulsivo, personalidades infantiles y narcisistas, y las estructuras de personalidad antisocial.

Tabla 5. Comprensión teórico-clínica de la organización límite (Kernberg, 1984/1999)

Manifestaciones sintomáticas características	Aspectos psicodinámicos centrales
Ansiedad crónica, difusa, libre y flotante.	Difusión de la identidad
Neurosis polisintomática	Mecanismos defensivos primitivos (escisión, identificación proyectiva)
Tendencias sexuales perversas polimorfas	Distorsiones en el manejo con la realidad
Estructuras de personalidad prepsicótica	
Neurosis y adicciones por impulso	
Trastornos del carácter de "menor nivel"	

En términos psicodinámicos, una de las principales características en el diagnóstico de organización límite de la personalidad es la difusión de identidad, con ciertos aspectos contradictorios de sí mismo y de los demás pobremente integrados. Los principales mecanismos de defensa son la escisión y aquellos de idealización primitiva, particularmente identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación. Las mismas ocupan un rol central ya que tienen como función proteger al vulnerable self de la fragmentación. Por último, ocurren alteraciones en cuanto al vínculo con la realidad lo que manifiesta cierta distorsión de la misma y un pobre manejo emocional (Kernberg, 1994; Kohut & Wolf, 1978).

A partir de la Tabla 5, algunos elementos de la viñeta pueden utilizarse para comprobar si Michelle puede ser formulada como un caso de organización límite de personalidad. En principio, la presentación del caso que ofrece la viñeta es ilustrativa respecto de cierta labilidad en la identidad de la paciente, quien “acude a consulta sola después de pararse a pensar sobre ella misma tras ver la historia de una chica con trastorno de alimentación en la televisión”. A su vez, describe un malestar provocado por emociones cambiantes que pasan de una tristeza enorme a sentir que puede conquistar el mundo. Esto sumado a lo que la Tabla 5 mencionada como “neurosis por impulso”, marcado en Michelle por los atracones, el ejercicio compulsivo y las conductas compensatorias. A la luz de estos

aspectos, se podría plantear que Michelle sufre de una labilidad básica en su identidad y regulación que conecta al caso con la organización límite, tal cual fue planteado por Kernberg (1984/1999).

Por su parte, Kohut y Wolf (1978) plantean que, en este tipo de pacientes, se observa un self fragmentado como consecuencia de la falta de respuestas integradoras al self inicial en su totalidad por parte de los objetos en la infancia. Este self se encuentra constituido por diversos fragmentos que alternativamente asumen el control de la persona y de la conducta, dándole a ésta ese tono de caos e imprevisibilidad que la caracteriza. El origen de dicha estructura tiene que ver con la introyección masiva del medio ambiente patológico, por medio de desamparo y abandono, ligado con el peligro de la pérdida de amor del objeto materno y la repetición del trauma.

Ya al analizar la comprensión dinámica del trastorno bulímico, se puso de relieve la posibilidad de un daño en la estructuración del self como formulación básica para el caso Michelle. Las mismas hipótesis planteadas sobre fallas ambientales crónicas y daño estructural aplicarían también para vincular el caso con la organización limítrofe de personalidad.

Siguiendo con la misma línea, Ortiz Fragóla (2014) expresa que los sujetos con una organización límite de la personalidad buscan a través de los estados de agitación, tensión o incluso dolor – es decir por medio de la patología del acto – el límite y consolidar su self. Estos actos demuestran la incapacidad de elaborar su angustia mediante la palabra, preservando así al sujeto del vacío, del temor al derrumbe y otorgándole existencia. Aquí la relación problemática de Michelle con la comida podría estar cumpliendo esta función compensatoria, en un contexto de una estructura psíquica organizada de manera limítrofe.

La visión de la terapeuta tratante

Nuevamente se incluye aquí la respuesta de la terapeuta tratante del caso Michelle a una pregunta del cuestionario (ver marco metodológico). En este caso, la pregunta indagó las características claves para comprender la organización

límite de la personalidad: *“las principales características para entender una “organización límite de la personalidad” están ligadas a la regulación del afecto, o sea la tendencia a alcanzar extremos de intensidad afectiva. Estos vaivenes repentinos necesitan la presencia de otra persona que pueda ayudar a regular su afecto y ser aliviados, y podría servir como un Yo auxiliar. La regulación de los impulsos se ve afectada. El uso masivo de mecanismos de defensa como escisión, disociación e identificación proyectiva no permite que los sujetos sientan una sensación de continuidad en su identidad, en sus relaciones y en su propia experiencia. Pueden pasar de un afecto a otro, de una autorrepresentación a otra, y de un estado del yo a otro, sin notar las inconsistencias entre estos diferentes afectos, representaciones y estados. Como consecuencia, pueden sentirse desorientados por su propio comportamiento y pueden desorientar a las personas que interactúan con ellos”.*

La organización de personalidad de Michelle según criterios PDM-2

Para finalizar este apartado, se incluye la perspectiva del Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingardi & McWilliams, 2017) como una estrategia que intenta integrar desarrollos psicoanalíticos sobre la temática. El PDM-2 propone ciertos parámetros para formular este tipo de casos, resumidos en la Tabla 6, que luego son integrados al caso Michelle.

Siguiendo la Tabla 6, el PDM-2 propone que los pacientes con una organización límite de la personalidad tienen un patrón temprano de apego desorganizado, por lo que son proclives a sentimientos de vacío y suelen experimentar estados emocionales descontrolados y cambiantes de forma impredecible. Tienen dificultades en las relaciones interpersonales, debido a la imposibilidad para integrar en el mismo sujeto cualidades positivas y negativas, generando relaciones inestables y caóticas. Se caracterizan por dificultades en su identidad y frente a sentimientos de mucha angustia, su sentido de realidad puede verse dañado. La fragmentación, la identificación proyectiva y el acting out son sus defensas centrales. La percepción del paciente sobre el clínico suele estar

distorsionada, alternándose desde la idealización a la devaluación (Calvo Serrano, 2020; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Tabla 6. Organización límite según el PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Patrón temprano de apego desorganizado
Problemas en la regulación afectiva e impulsiva
Incapacidad para la intimidad
Estados emocionales que se descontrolan y cambian rápidamente de forma impredecible
Tendientes a sentimientos de vacío
Dificultades en las relaciones interpersonales; relaciones inestables y caóticas
Inestabilidad en el sentido de sí mismo
Tendencia a la actuación de conductas auto-agresivas.
Defensas primitivas que implican mayor distorsión de realidad
El vínculo terapéutico está expuesto a grandes intensidades transferenciales y/o contra-transferenciales
Pueden presentarse descompensaciones y/o síntomas psicóticos breves

La viñeta del caso Michelle ubica a la paciente en varios de los parámetros ofrecidos en la Tabla 6. Por una parte, encontramos la preocupación en la terapeuta por lograr una intimidad con Michelle, al percibir que se trata de una paciente extremadamente preocupada por agradar al otro y ser aceptada. Asimismo, forman parte del cuadro problemas relativamente crónicos de regulación afectiva e impulsiva. Michelle también evidencia sentimientos de vacío y estados emocionales cambiantes. Tanto al considerar sus problemas alimentarios como su base limítrofe de personalidad, resulta plausible la inestabilidad de la paciente en el sentido del concepto de self, tal cual fue analizado previamente. Es de notar que no hay tanta información respecto de un uso de defensas primitivas ni de relaciones interpersonales inestables o caóticas. Tampoco impresiona desde la viñeta un registro contra-transferencial en la

terapeuta que involucre grandes intensidades, más allá de la preocupación mencionada respecto de poder lograr una intimidad con la paciente y poder ayudarla. Según criterios PDM-2, entonces, el nivel de organización de personalidad de Michelle se ubicaría en un rango limítrofe, con una puntuación de 5 en la escala de 0 (psicótico) a 10 (saludable). Como se refirió al recorrer el trastorno bulímico, la viñeta también plantea un estilo depresivo de personalidad emergente.

Vínculos entre trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe

Algunos resultados de la investigación empírica

Diversas revisiones sobre el tema (Escriche Martínez, 2012; Gratch, 2016; Persano, 2005; Vaz, et al., 2001) han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de personalidad.

Desde el punto de vista de la sintomatología descriptiva, Escriche Martínez (2012) revisó la literatura entre 2000 y 2012 analizando aquellos factores precipitantes comunes entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad. Tal cual ilustra la Tabla 7, constató cuatro síntomas compartidos por ambas condiciones clínicas, a saber: ansiedad, inestabilidad emocional, humor y afecto negativos.

*Tabla 7.
Factores precipitantes comunes encontrados en la literatura entre bulimia nerviosa y trastorno límite de personalidad (Escriche Martínez, 2012):*

Factores precipitantes

Ansiedad

Inestabilidad emocional

Humor negativo

Afecto negativo

Estudios más recientes (Molina-Ruiza et al., 2019), siguen ofreciendo evidencia sobre la elevada prevalencia de rasgos disfuncionales de la personalidad entre pacientes con problemas alimentarios, condición que en la práctica clínica complica su pronóstico y tratamiento. Molina-Ruiza y equipo (2019) analizaron una muestra de 88 pacientes mujeres, distribuidos en tres grupos dependiendo de si: la paciente presentaba únicamente trastornos alimentarios (TCA), únicamente trastorno límite (TLP) o una comorbilidad entre ambos cuadros (TCA-TLP). Todas las participantes completaron escalas de auto-reporte que medían severidad clínica, impulsividad y síntomas de bulimia nerviosa. Los autores concluyen que las pacientes con TCA-TLP ocuparían una posición intermedia de gravedad clínica, entre las pacientes más severas con TLP y las pacientes menos severas con TCA no comórbido. A su vez el grupo de pacientes con comorbilidad destacó por su mayor similitud con el grupo TLP que con el de TCA, lo que respalda la importancia de considerar los rasgos de personalidad en la formulación del caso y la intervención terapéutica.

En una línea de investigación similar, Khosravi (2020) analizó la comorbilidad de trastornos alimentarios en pacientes con funcionamiento límite, observando, sobre una muestra aleatoria de 220 casos, una prevalencia del 65,4%. Asimismo, constató que dicha comorbilidad aumentaba la severidad en los pacientes respecto de sus niveles de ansiedad, depresión y alexitimia.

La interfase bulimia-organización límite desde una perspectiva psicodinámica

Desde un enfoque psicodinámico, los síntomas principales del trastorno límite, en donde predomina el temor al abandono, la inestabilidad en la autoimagen, en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales, y en cambiantes conductas guiadas por la impulsividad; son compatibles también con los cuadros de desórdenes alimentarios. Como se mencionó al comienzo de esta integración, las perturbaciones de la identidad propias de la organización límite, según Kernberg (1984/1999), pueden ser una base para la comprensión dinámica

del trastorno alimentario. A lo anterior se suma que la sintomatología propia de los trastornos alimentarios proviene, usualmente, de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante, que han ido transformando los rasgos del sujeto hasta configurar una personalidad disfuncional o problemática (De Las Casas, 2006). Desde el campo psicodinámico surgen hipótesis, por ejemplo, respecto de que los síntomas bulímicos buscarían llenar o apaciguar un vacío con los atracones, estrategia que finalmente no llena ni calma, sino que deviene en una nueva sensación de vacío que completa un círculo vicioso (De las Casas, 2006; Gratch, 2016).

Integraciones posibles con el caso Michelle

En la viñeta analizada pueden apreciarse factores comunes a ambas patologías que confluyen en el caso de Michele. Por ejemplo, que a la paciente le asuste decepcionar a sus otros significativos y, en consecuencia, se exija un esfuerzo continuo por agradar y ser aceptada, puede interpretarse como expresión de una labilidad estructural donde confluyen sus síntomas alimentarios y su funcionamiento limítrofe. Lo mismo aplica para que siempre esté dispuesta a ayudar con tal de evitar que la dejen de querer y la rechacen. Tal cual nos organiza la viñeta el PDM-2, queda establecida como característica central de Michelle una representación de sí misma con una importante devaluación. Así, expresa temores acerca de ser rechazada cuando alguien cercano a ella descubra cómo es, incluida la terapeuta tratante. Estos pensamientos, junto a su conflicto con las emociones placenteras, afectan a sus recursos y a la capacidad de valorar el desarrollo de su personalidad e identidad. En un sentido clínico, este funcionamiento marca un registro contra-transferencial donde la terapeuta siente que Michelle no se escucha realmente a sí misma y que ofrece respuestas socialmente aceptables. El esfuerzo por esconder sus verdaderos pensamientos y sentimientos por miedo al rechazo despierta en la clínica la preocupación para construir intimidad con la paciente. Todos estos aspectos vuelven sobre un fondo

de fragilidad en el cual podría plantearse que los síntomas bulímicos intentan compensar los déficits de un self que funciona en un espectro límite.

La visión de la terapeuta tratante

Replicando la estrategia seguida en apartados anteriores, aquí se incluyen tres preguntas y respuestas del cuestionario administrado a la terapeuta tratante del caso. La primera pregunta apuntó a cómo entendía la profesional el vínculo entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de "organización límite de la personalidad": *"el vínculo entre un diagnóstico de bulimia nerviosa y el concepto de "organización límite de la personalidad" puede entenderse mediante el uso del cuerpo como campo primario de comunicación (justo ahí donde se han producido experiencias traumáticas primitivas). La alimentación y la sexualidad suelen ser las áreas que la persona puede utilizar para regular sus emociones dentro de sí misma (en presencia de sentimientos subjetivos de vacío y hambre emocional) o dentro de las relaciones (en la regulación de la intimidad y la distancia)".*

Por su parte, la segunda pregunta aludió a cómo entendía la terapeuta el vínculo entre bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad en el caso de Michelle: *"los vínculos entre el límite y la bulimia surgieron por su capacidad de autocontención y regulación: la niña comía en exceso después de episodios de estrés intenso y usaba el cuerpo y la dieta para regular sus afectos e impulsos. Podrían deducirse del uso masivo de mecanismos de defensa que minaron la experiencia de sí misma y sus relaciones. El uso de la identificación escisiva y proyectiva, por ejemplo, evocaban en la niña la imposibilidad de reconocerse a sí misma en algunos de sus actos, la sensación de ser una farsa y de llevar una vida con una doble cara que nadie conocía (era una niña que mantenía bajo control muchos sentimientos y tenía la creencia patogénica de que si alguien podía ver esos sentimientos, sería rechazada)".*

Finalmente, se le preguntó a la terapeuta tratante de qué manera nos ayudaban los criterios de formulación del caso proporcionados por el PDM-2 a

analizar el vínculo entre la bulimia y la organización límite: “ayudan a centrarse en algunas dinámicas específicas y a presentar pacientes que pueden recordarse cuando se trata a un paciente similar. Pueden servir como prototipos de comparación y ayudar al clínico a considerar la complejidad de la persona en su funcionamiento: cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad”.

Conclusiones

A los fines de una integración entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, el presente trabajo analizó cómo se integraba un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa con el concepto psicodinámico de “organización límite de personalidad”. El análisis y la integración se efectuaron a partir de una viñeta clínica estructurada, extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017) y un cuestionario breve administrado a la terapeuta tratante del caso.

Partiendo de la pregunta científica y luego del recorrido del escrito se podría plantear dos posibles ejes de análisis para la interfase “bulimia-organización límite”: (1) un eje con base en las teorías del self y la comprensión psicodinámica de la sintomatología, y (2) otro eje que apunta a la utilidad de los criterios PDM-2 para una formulación psicodinámica del caso.

Vigencia del punto de vista centrado el self

A partir del análisis de la viñeta podemos pensar una línea psicodinámica relacionada con la construcción del self de la paciente a partir de sus experiencias con vínculos tempranos. En este sentido, y con la finalidad de analizar el nexo entre la bulimia y la organización limítrofe, se pueden plantear hipótesis respecto de fallas ambientales crónicas (Kohut & Wolf, 1978) y el consecuente daño estructural producido en Michelle. Esto marcaría la vigencia en psicoanálisis de centrar el punto de vista clínico y teórico en el concepto del self (Lancelle, 1999).

En la misma línea, cabe resaltar aquí que las respuestas ofrecidas por la terapeuta tratante de Michelle a lo largo del cuestionario suscriben la actualidad de la perspectiva centrada en el self a la hora de formular casos como el analizado. Por ejemplo, al describir su comprensión dinámica de la Bulimia, la analista de Michelle planteó elementos como la severidad sobre sí y los demás, la inseguridad, la sensación de vacío, fracaso, debilidad y vergüenza. Del mismo modo, refirió que, desde su juicio clínico, la bulimia implicaba sentimientos de

hambre de cuidado y afecto, y un anhelo de ser protegido y apreciado. Todos estos aspectos podrían considerarse como fallas en la estructuración del self, de la mano de autores como Kohut (1984/1986) y Winnicott (1971). Incluso, esfuerzos contemporáneos de operacionalización del funcionamiento estructural de los pacientes (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) utilizan como base el mismo grupo de criterios.

Desde el punto de vista de la relación terapéutica, cabe agregar que en la viñeta del caso Michelle se explicita la preocupación de la analista por no poder establecer un vínculo de intimidad genuino con la paciente. Este punto podría vincularse con la organización límite de personalidad y los desafíos que implica para las intensidades transferenciales y contra-transferenciales (PDM Task Force, 2006). Al mismo tiempo, suscribe la importancia de establecer un vínculo empático con aquellos pacientes en los que se presume una estructuración lábil de su personalidad (Ortíz Frágola, 2014).

Utilidad de la formulación sistemática del caso

Una de las conclusiones fundamentales de este trabajo integrador refiere a los aportes de una formulación psicodinámica del caso, ejemplificada mediante la viñeta del caso Michelle y los criterios involucrados del manual PDM-2. Se considera que el trabajo sobre este tipo de material facilita un posible punto de partida para el diálogo y complementariedad necesarios entre la clínica psicodinámica y los diagnósticos estandarizados, en tanto la apertura de un trabajo interdisciplinario entendiendo que el éxito del tratamiento en este tipo de pacientes se da de manera conjunta con otros profesionales de la salud.

Tal como desarrolla Bernardi y equipo (2016) la formulación psicodinámica del caso (FPC) implica poder conceptualizar y presentar los casos clínicos, explicitando de una forma clara y precisa cómo un determinado clínico o equipo está afrontando el diagnóstico y el tratamiento de un paciente; con la finalidad de aumentar la probabilidad de que una intervención terapéutica resulte útil para el paciente, eligiendo la forma más adecuada para ese caso. Además, la formulación

de casos permite la comunicación entre la comunidad científica y profesional sobre los criterios a partir de los cuales entendemos qué le pasa a un paciente, por qué, y cómo deberíamos tratarlo. De este modo, la FPC resulta un instrumento de utilidad para fortalecer la evaluación de los tratamientos y la seguridad del paciente (Bernardi et al., 2016; McWilliams, 1999).

Asimismo, la formulación psicodinámica del caso está centrada en la totalidad del sujeto, va más allá de su trastorno y/o patología, aspira a identificar tanto sus vulnerabilidades, como sus fortalezas y potencialidades. Además, incorpora la perspectiva teórica y técnica del terapeuta, investiga acerca de los factores precipitantes que pueden influir en el tratamiento, orienta sobre la mejor forma de realizarlo y, por último, permite repensar acerca de las metas terapéuticas iniciales en función de los resultados obtenidos. De igual modo, la formulación de los tratamientos adapta las consideraciones teóricas a la singularidad de cada paciente, buscando establecer lo que es específico de ese paciente en esa relación terapéutica, pudiendo contribuir significativamente a aumentar la efectividad de la psicoterapia (Bernardi et al., 2016; Eells et al., 2011; Mace & Binyon, 2005).

En el marco del presente TIF, se apeló a los criterios del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) de formulación del caso. Tal cual fue desarrollado, el PDM-2 busca evaluar los trastornos y patrones de personalidad (eje P), el perfil del funcionamiento mental (eje M), y la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos (eje S). En este sentido, todos estos elementos se despliegan en la viñeta clínica analizada del caso Michelle y resultan útiles para indagar la interfase bulimia-organización límite.

Este tipo de herramientas apuntan a una concepción dinámica que incluye tanto al paciente como al analista, basándose en diferentes modelos de producción de subjetividad provenientes de varias disciplinas. Lancelle (2008) distingue que la intención del PDM es la de ir más allá de la simple clasificación sintomática para así contribuir a una comprensión de la complejidad psicológica del sujeto humano. Esto puede contribuir significativamente a aumentar la

efectividad de la psicoterapia al realizar la formulación psicodinámica del caso de acuerdo con la singularidad y totalidad del paciente (ver también: Ferrari, 2008).

En definitiva, la integración efectuada en este trabajo apunta a remarcar la importancia de que los clínicos formulen sus casos, trascendiendo los diagnósticos descriptivos, a fin de que puedan operar con criterios fiables que les permitan tomar decisiones más acertadas para conducir una psicoterapia (Juan et al., 2021).

Líneas futuras de investigación

El presente TIF pudo dar cuenta de evidencia (teórica, clínica y empírica) sobre la relación entre los problemas alimenticios y el espectro limítrofe. Sin embargo, no son demasiados los estudios que indaguen este fenómeno desde la perspectiva de los clínicos tratantes al interior de su práctica habitual (Stiles, 2015). Desde hace décadas, diferentes investigaciones (Fernández-Álvarez et al., 2003; Lambert, 2013; Leibovich de Duarte, 2000) sugieren que el aporte del terapeuta a la situación clínica está conectado con los resultados de los tratamientos. Por lo tanto, indagar la perspectiva del clínico puede ofrecer evidencia de base relevante para estudios sobre la efectividad de la psicoterapia en general (Wampold, 2015). De modo más específico, analizar las formas en que los clínicos comprenden la situación de sus pacientes nos conecta con cómo fundamentan sus intervenciones, cómo suelen trabajar en su práctica clínica, y cómo opera su marco teórico en todo el proceso (Juan et al., 2017-2018).

Teniendo estos ejes de relevancia en cuenta, el presente trabajo integrador final es punto de partida para la elaboración de una tesis de maestría en curso, orientada a analizar la perspectiva de clínicos, con formación y práctica psicoanalíticas, respecto de su formulación y abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bernardi, R. Varela, B. Miller, D. Zytner, R. De Souza, L. Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo, Grupo Magro Editores.
- Calvo Serrano, E. (2020). *Adolescencia [(Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 Lingiardi & McWilliams, 2017)]*. Aperturas Psicoanalíticas 65. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a9.pdf>
- De las Casas, P. (2006). La otra cara de la moneda: El ordenamiento perverso como contraparte del síntoma bulímico. *Trabajo presentado en Fepal – XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Lima, Perú*.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelid, E. M., Schneiderman, C. T., & Lucas, C. P. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4).
- Escrive Martínez, S., (2012). *Factores precipitantes comunes entre trastorno límite de la personalidad, craving y bulimia*. Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/8196/files/TAZ-TFG-2012-531.pdf>
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(2), 116-125.
- Ferrari, H. (2008). Un nuevo instrumento de diagnóstico: El Manual de Diagnóstico Psicodinámico, Psychodynamic Diagnostic Manual PDM. En: Ferrari, H.; Lancelle, G.; Pereira, A.; Roussos, A. y Weinstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación N.1, Universidad de Belgrano: Disponible en la red [http:// www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf)

- Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of Adolescent Health. Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 16(6), 420–437. [http://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00069-5](http://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00069-5)
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Gratch, J. (2016). *El estilo defensivo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una revisión bibliográfica*. Tesis de maestría en psicoanálisis. Universidad Nacional de La Matanza. Escuela de Posgrado.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Juan, S., Etchebarne I., y Roussos, A. (2017-2018). Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: análisis teórico y aportes de la investigación empírica. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N.21/22, 143-174.
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf
- Kachele, H., Kordy, H., Richard, M., & Tr-Eat, R. G. (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy Research*. <http://doi.org/10.1080/713663982>

- Kernberg, O. (1984/1999). *Trastornos graves de la personalidad*. Buenos Aires, Manual Moderno
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55.
- Khosravi, M. (2020). Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-9.
- Kohut, H. (1984/1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires, Paidós
- Kohut, H.; & Wolf, E. (1978). *Los trastornos del self y su tratamiento*. *Psicoanálisis* 1 (2) 331-359.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lancele, G. (1999). *El self en la teoría y en la práctica*. Buenos Aires, Paidós
- Lancelle, G. (2008). Aporte del psicoanálisis a la clasificación diagnóstica. En: Ferrari, H.; Lancelle, G.; Pereira, A.; Roussos, A. y Weinstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación N.1, Universidad de Belgrano: Disponible en la red http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf
- Leibovich de Duarte, A. (2000). Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 97-114.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Mace, C., & Binyon, S. (2005). Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 416–423.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guildford Press.

- Molina-Ruiza, R. M., Alberdi-Páramo, Í., de Castro Ollera, M., Fernández, N. G., Perera, J. L. C., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with borderline personality disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 109-120.
- Montero Hernández, G., Niell Galmés, L., Baena Mures, R., Rodríguez Quijano, J., & Alberdi Páramo, I. (2018). El suicidio en la población TLP en datos. *Hospital clínico San Carlos, Madrid, España*. Conferencia. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-suicidio-en-la-poblacion-tlp-e<n-datos/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20los%20trastornos,los%20veinte%20y%20treinta%20a%C3%B1os>
- Ortiz Frágola, A. (2014). El self en el borderline. En: *Psicopatología de nuestro tiempo* (pp. 67-83) Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Persano, H.L. (2005). Abordaje Psicodinámico de pacientes con trastorno alimentarios. En: C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky & colab., *Psicoterapia de orientação analítica. Fundamentos teóricos e clínicos*. p. 674-688.
- Ramos Cruz, A. (2017). Trastorno límite de la personalidad: definición, prevalencia y tratamiento. *Psyciencia*. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/trastorno-limite-de-la-personalidad-definicion-prevalencia-y-tratamiento/#:~:text=Se%20estima%20que%20la%20prevalencia,et%20al.%2C%202008>
- Rovira, B. Chandler, E. Alvarez, M. Remo, M. Labanca, R., & Pereyra Pacheco, B. (2011). *Anorexia Nerviosa. Curioso no comer para vivir*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro AB.
- Sands, S. (1991). Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view. In C. L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (p. 34–50). The Guilford Press.

- Stiles, W. B. (2015). Theory-building, enriching, and fact-gathering: Alternative purposes of psychotherapy research. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: General issues, process, and outcome* (pp. 159–179). New York: Springer-Verlag.
- Vaz, F. J., Peñas, E. M., & Guisado, J. A. (2001). Bulimia multiimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica. *Psiquiatría biológica*, 8(6), 212-218.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An update. World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona, Ed. Gedisa.