

Trastornos alimentarios psicógenos: perspectiva post - racionalista

Rodrigo Díaz Olgún
Psicólogo y terapeuta



I - Introducción

Prevalencia

EDI-2, EAT-40

Riesgo y estudios prospectivos en Chile

Variabilidad cultural

Formas asociadas

TCA como forma de regulación



ANOREXIA NERVIOSA

- ? 0.5% - 2% mujeres entre 16 y 24 años USA y Europa
- ? 10 mujeres / 1 hombre
- ? Edad aparición: 14 y 18 años
- ? Aumentó 5 veces últimos 30 años
- ? Aumento en otros grupos:
 - prepúberes
 - hombres
 - NSE bajo

BULIMIA

- ? 1 a 5% de las mujeres
- ? 20% mujeres universitarias tienen síntomas
- ? Aumento en últimos 10 años
- ? 20 mujeres / 1 hombre
- ? Edad: adolescente mayor y adulto joven

Riesgo de trastornos alimentarios

Correa, Zubarew, Romero. Rev Chil. Ped. 77(2); 153-160, 2006

EDI 2 en 1610 escolares , 11-19 9 colegios de todos NSE en RM

Conclusiones:

8.3% de la población presentó riesgo de TCA

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2):

- Autoaplicado, 15 a 25 min
- 97 preguntas
- 11 escalas
- Busca población de riesgo.
- NO hace diagnóstico

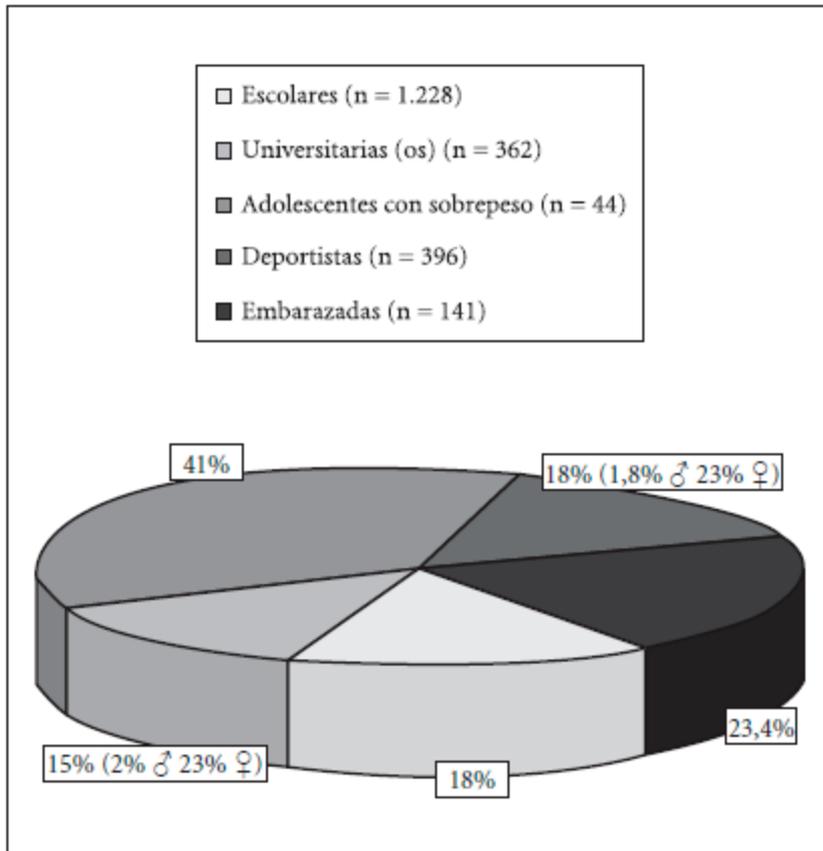


Figura 1. Grupos de riesgo (con EAT-40 \geq 30). Behar R (1998)¹⁹; Behar R y Hernández P (2002)²⁰; Behar R, Alviña C, Medinelli A, Tapia P (2007)²¹; Behar R, Alviña C, González T, Rivera N (2007)²²; Le Grange D, Telch C, Tibbs J (1998)²³; Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A (2008)²⁴.

- Rosa Behar A.
 - EAT-40. Test de Actitudes Alimentarias. 40 preguntas. 3 factores: Dieta, Control oral, Bulimia y preocupación por el peso.
 - Seguimiento prospectivo (1991 - 1996): Bulimia, anorexia, comorbilidad psiquiátrica, concomitancia de patologías orgánicas (asma bronquial, quistes ováricos, amenorrea primaria, obesidad mórbida, anemia ferropénica, prolapso de válvula mitral, dermatitis seborreica, diabetes mellitus, trastornos funcionales digestivos).
 - Confirmación de literatura: comorbilidad con trastornos depresivos y ansiedad social. Alta comorbilidad entre anorexia y TOC

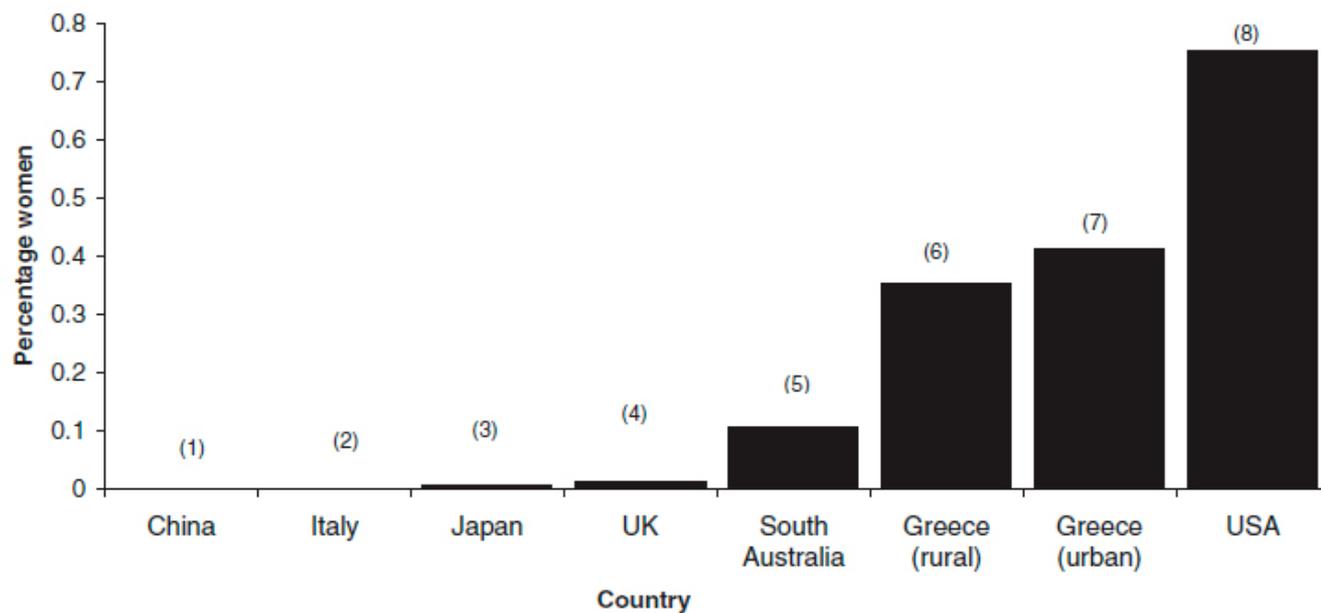


Figure 1. Prevalence of anorexia nervosa in women

¹Chun et al., 1992; ²Santonastaso et al., 1996; ³Nakamura et al., 2000; ⁴Pyle, 1983; ⁵Ben-Tovim & Morton, 1990; ⁶Fichter et al., 1988; ⁷Fichter et al., 1988; ⁸American Psychiatric Association, 1994.

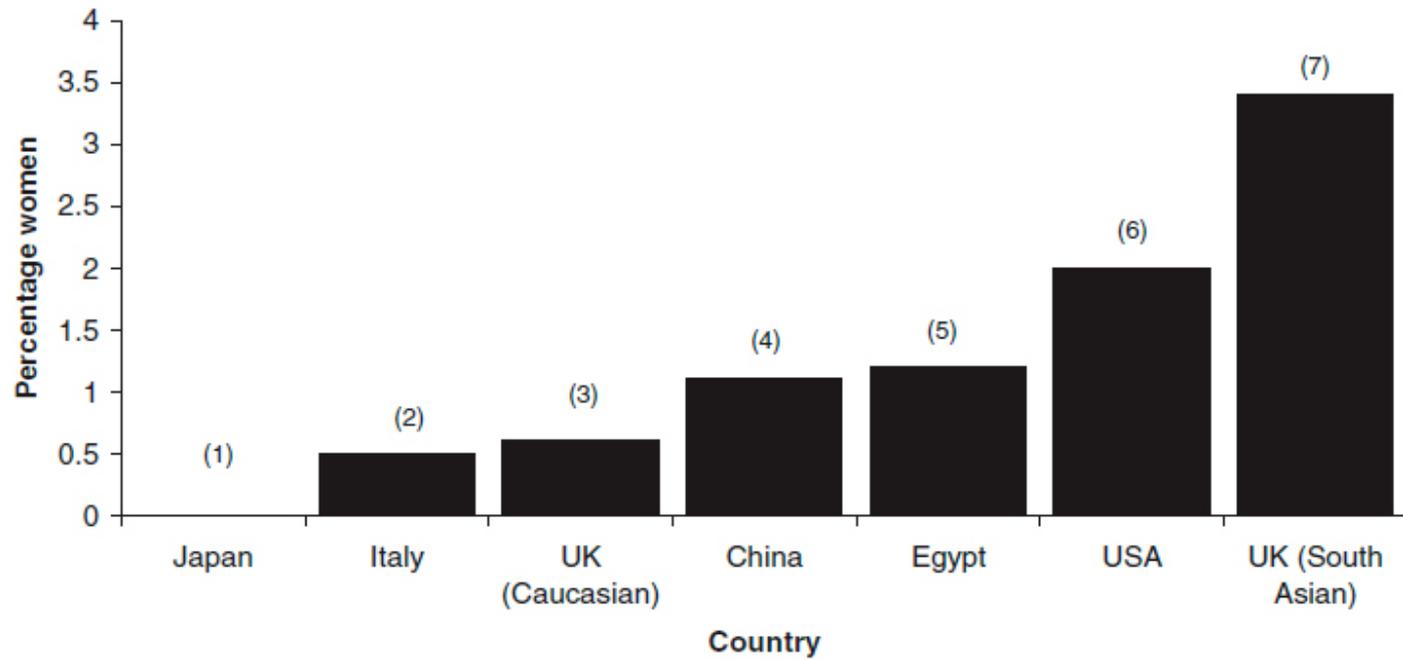


Figure 2. Prevalence of bulimia nervosa in women

¹Nakamura et al., 2000; ²Santonastaso et al., 1996; ³Mumford & Whitehouse, 1988; ⁴Chun et al., 1992; ⁵Nasser, 1994; ⁶American Psychiatric Association, 1994; ⁷Mumford & Whitehouse, 1988.

Trastornos alimentarios

Factores de riesgo

- ❑ **Dieta** (Patton, G. C. et al. *BMJ* 1999: 318;765-768)
- ❑ **Historia familiar:** T.A., Obesidad, Psicopatología
- ❑ **Ballet, gimnasia, modelos**
- ❑ **Rasgos de personalidad**
- ❑ **Baja autoestima**
- ❑ **Imagen corporal inadecuada**
- ❑ **Actividad física compulsiva**
- ❑ **Hábitos alimentarios familiares**
- ❑ **Abuso sexual, maltrato** Las revisiones de la investigación sobre abuso sexual muestran una potencial relación con los cuadros de anorexia/bulimia, a predominio de los síntomas bulímicos (Baldo, 1996; Connors, 1993; Everill, 1995; Eyre, 1991; Martínez Benlloch, 1999; Pope, 1991; Schwartz, 1996; Wiederman, 1998).

Formatos de regulación

Anorexia

Restringida

Purgativa

Obesidad (psicógena)

Trastorno por atracón; binge eater disorder

Bulimia

Purgativa

No purgativa

Desorden purgativo

Rumiación

Acumulación

Síndrome de ingesta nocturna

Vigorexia

Ortorexia

Pica

Diabulimia

Pregorexia

Megarexia

II - Familia

Los trabajos de Selvini Palazzoli y Bruch

Familias TCA - enfoque sistémico

Padres

Perfil de madre en TCA

Relación madre - hijo

Ambiente familiar: claves





Mara Selvini Palazzoli

Milán, 1916 - Milán , 21 de junio 1999.

Psiquiatra italiana, líder de la "Escuela de Londres" o enfoque de Milán, junto con Gianfranco Cecchin , Luigi Boscolo y Giuliana Prata .

Conocida mundialmente por su trabajo con anorexia y las familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Teoría de sistemas y constructivismo.



Dr. Michael E. DeBakey presenting Dr. Bruch with the "President's Citation" during the 1978 Faculty/Staff Recognition Program at Baylor College of Medicine.



Hilde Bruch

Dülken, Alemania, 11 marzo 1904 - Houston, USA, 15 diciembre 1984
Psicoanalista, conocida mundialmente por su trabajo en trastornos alimentarios y obesidad

Sistemas familiares

- Estructural (Minuchin, 1978)

- Pautas transaccionales típicas: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos
- Involucración del niño en el conflicto parental: rodeo, triangulación, coalición estbale
- Vulnerabilidad fisiológica del niño

- Comunicacional (Selvini Palazzoli, 1988)

- Padres no asumen liderazgo
- Alianzas y coaliciones negadas
- No asumen responsabilidades en la relación
- Divorcio emocional
- La anoréxica a sido la favorita del padre hasta que en la adolescencia la situación es insostenible y debe negar esa relación

- Bidimensional (Strober y Yager, 1985)

- Centrípetas: aglutinadas, falta de permisividad, poca expresión emocional, pobres contactos extrafamiliares
- Centrífugas: fuerte conflictividad, miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control, conflicto de pareja

- Transgeneracional (White, 1986)

- Sistema rígido de creencias que se transmiten de generación en generación. Destacan creencias obre: lealtad, prescripción de un rol específico para la anoréxica, clarividencia
- Dificultades de individuación de los miembros de la familia y la solución de problemas

Padres (Selvini Palazzoli)

- Padre

- Figura secundaria, principalmente ausente
- Al mismo tiempo asume un rol frustrante (alternando breves y seductoras presencias con largas ausencias).
- Brillante y seguro fuera de casa, acepta (para vivir tranquilo) las provocaciones de la esposa.
- Evita definirse explícitamente.
- Hace participar a la familia en imprevistas decisiones que siempre son implícitamente criticadas por la esposa

- Madre

- Más o menos resignada a un rol no aceptado, sacrifica aspiraciones para dedicarse forzosamente al hijo
- Ambigüedad: rabia reprimida hacia el marido, al que critica sólo cuando no está.
- "Severas custodias del hogar que no tolerarían jamás ser socialmente desaprobadas por actos de abierta rebelión y de abandono, pero que no han aceptado el rol de esposa, y menos el de amante, aceptativa y pasiva" (Selvini Palazzoli).

Perfil de madre en familias de un paciente TCA

- **Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas:** Kestemberg, (1976): extraordinariamente dadoras, atentas a las necesidades de cada componente de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento. Inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. La madre comunica un ideal de lo femenino como desinteresado y no indulgente con sus deseos. No obstante, tras su solicitud hacia los otros, especialmente hacia su marido, siente una irritabilidad y resentimiento no expresado.
- **Madres dominantes, controladoras, intrusivas:** Likierman (1997); Beattie, (1988); Gianna Williams (1996): madre usa a su hija como continente de sus propias emociones no procesadas (una mezcla de necesidades infantiles y sexuales) y, además, es incapaz de contener las emociones de su hija.
- **Madres rígidas y con baja autoestima:** Bruch (1971); Palazzoli (1978) Bemporad y Ratey (1985); Gordon y cols.(1989): baja autoestima y rigidez. Una actitud de autosacrificio y esfuerzo desmedido. Las necesidades de ambos padres están entonces ocultas tras un aparente atención a los demás (Gordon y col., 1989).
- **Madres narcisistas:** hijas completan la estructura narcisista de la madre. (Kestenberg, 1976, p.133).

Relación de padres

- **“Parejas perfectas” (incluso en la separación).** Estilo familiar indefinido, comunicaciones contradictorias, con pocos encuentros emotivos y mucha crítica y enjuiciamientos implícitos.
- Los miembros de la familia contribuyen a mantener esta formalidad exterior, en una situación de control recíproco, típico de la familia entrampada (Minuchin).

Relación madre - hijo

- Chatoor y cols. (1988) realizaron un estudio de la díada madre-hijo en 42 niños con anorexia y 30 niños normales poniendo de relieve las características de la disfunción de la relación.
- Las madres carecían claramente de intercambio recíproco comparadas con el grupo de control, parecían más autodirigidas y controladoras, tal como evidenciaba la desatención a las señales del infante, o el caso omiso que hacían a dichas señales.
- Madres e infantes parecían estar descompasados entre sí durante las interacciones, además, el afecto negativo de enfado, frustración y tristeza por parte de las madres era captado por parte del infante.
- A pesar de la carencia de empatía de capacidades para leer y responder a las claves que les proporcionaban los infantes, no obstante, eran madres con deseos de ser buenas madres y con altas expectativas hacia ellas mismas.
- Muy angustiadas ante el comportamiento oposicionista del infante, se sentían muy inseguras para cambiar estas conductas, incómodas con sus sentimientos negativos, tendiendo a erigir defensas ante su emergencia directa.
- Muy pocas admitían tener sentimientos de enfado y frustración intensos que las llevaban a la pérdida del control y, a veces, hasta a hacerle daño al bebé.
- Los sentimientos de culpa posteriores las conducían a incrementar los esfuerzos por ser "buenas madres" y poner límites a las demandas y conductas provocativas de los hijos. Ocasionalmente el enfado creciente las paralizaba, o las llevaba a alimentarlos y castigarlos por la fuerza. Estos incidentes las sumían en un estado depresivo por ser "muy malas madres", lo que las impulsaba a recomenzar el ciclo, compensando al infante y siendo extremadamente amorosas e indulgentes.
- Se convertían en base a esta dinámica en madres inconsistentes y extremas en sus respuestas, que terminaban gobernadas por sus propios estados de ánimo y no por las señales que emitían los infantes.

Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., O'Donnel, R. (1987). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27 (5), 535-540.

Chatoor, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17 (1), 43-64.

Ambiente familiar

- **Ambigüedad** en el vínculo, incertidumbre y confusión.
- **Isomorfismo psíquico**. Opiniones y emociones que escapan al control son constantemente redefinidas, de modo de uniformarse a modelos familiares formales.
- Nacimiento indeseado, ilusión de resolver una crisis matrimonial
- Baja seguridad y **espontaneidad** en rol parental. Alteraciones afectivas.
- Madres esconden su inseguridad **concentrándose ansiosamente en la alimentación**, como modalidad para entrar en contacto con el hijo.
- Padre. Problemas para involucrarse. Orgullo personal. Distancia.
- Coordinación externa, comunicación incierta y fragmentaria: dificultades en el niño para **focalizar la atención** sobre lo relevante (* similar a las "familias psicóticas", Wayne y Singer, Bateson)
- **No se facilita la construcción de regularidad**

- Problemas para adaptarse a los primeros actos de socialización
- Problemas para regularizar ritmos biológicos.
- Confusión y la **indefinición**: es "difícil, sino imposible, desarrollar un justo sentido de amor propio y de seguridad interior" (Bruch).

En **Hunger and Instinct** (1969) Bruch planteó que la autopercepción del hambre no es completamente innata: el infante debe experimentar repetida y constantemente una secuencia de sucesos: la emisión de señales, su reconocimiento por parte del adulto, la respuesta apropiada y la sensación de alivio final.

Se adelantaba unas décadas a las actuales propuestas sobre la importancia de las respuestas confirmadoras, reforzadoras o inhibitorias, de los componentes innatos por parte de las figuras de apego para el desarrollo adecuado de la autopercepción y autoefectividad.

Bruch (1969), propuso que gratificando experiencias tempranas por medio de la alimentación se implantaba en la niña un sentido de confianza, tanto sobre la discriminación de sus sensaciones interoceptivas de hambre como de otros deseos. Si la madre alimenta cuando tendría que calmar o hacer dormir, la niña desarrollaría una falta de certeza sobre su capacidad para discriminar estados internos y dificultades en el contacto con la madre y en obtener sus cuidados.



III - Evolutiva

Vínculo ambiguo - Patrón A4

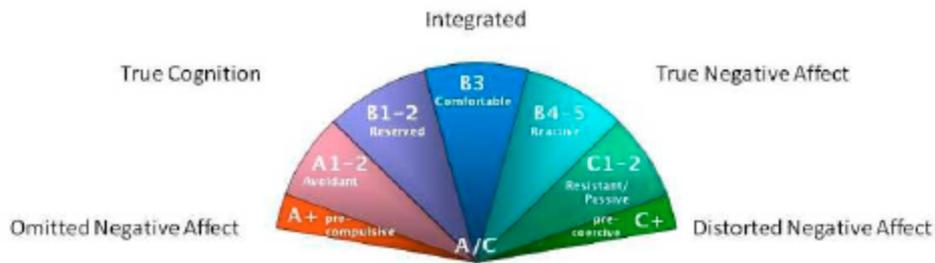
Los hijos de oro

Sentido de sí mismo difuso

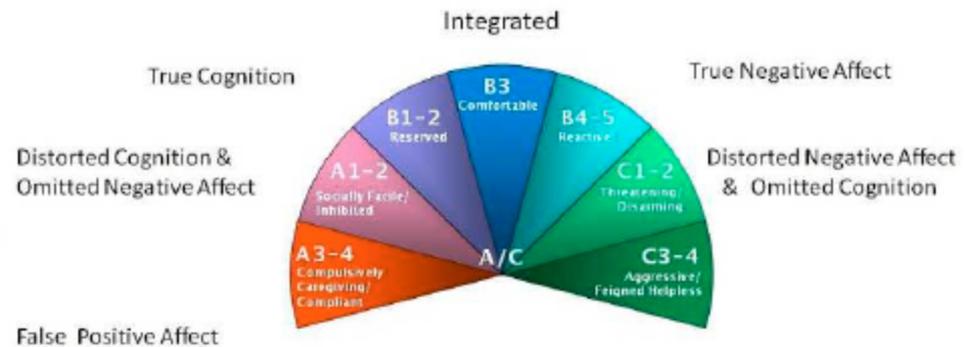
Adolescencia: fracaso en metas de desarrollo



DMM Strategies in **Infancy**

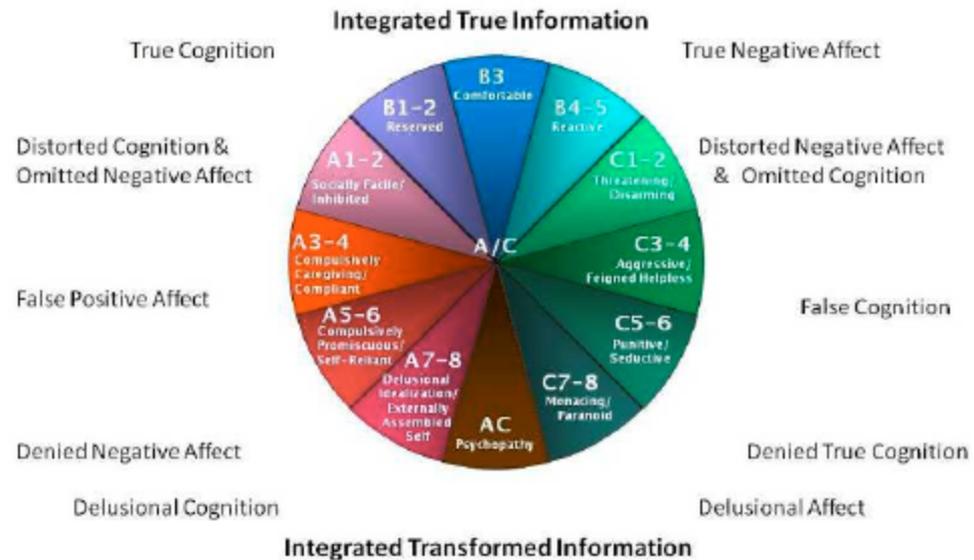
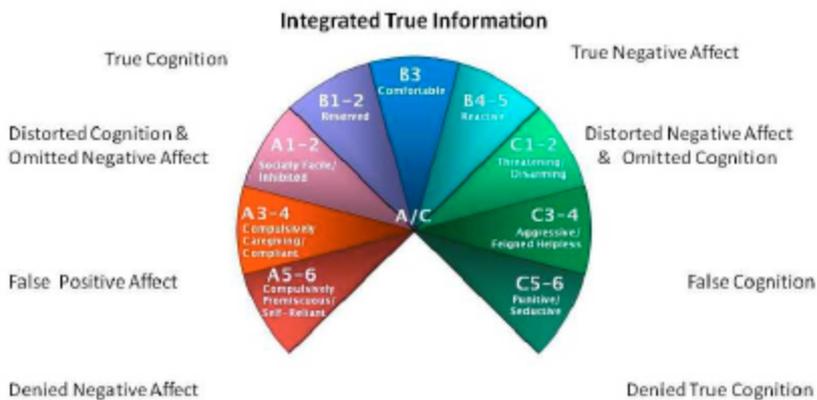


DMM Strategies in the **Preschool Years**

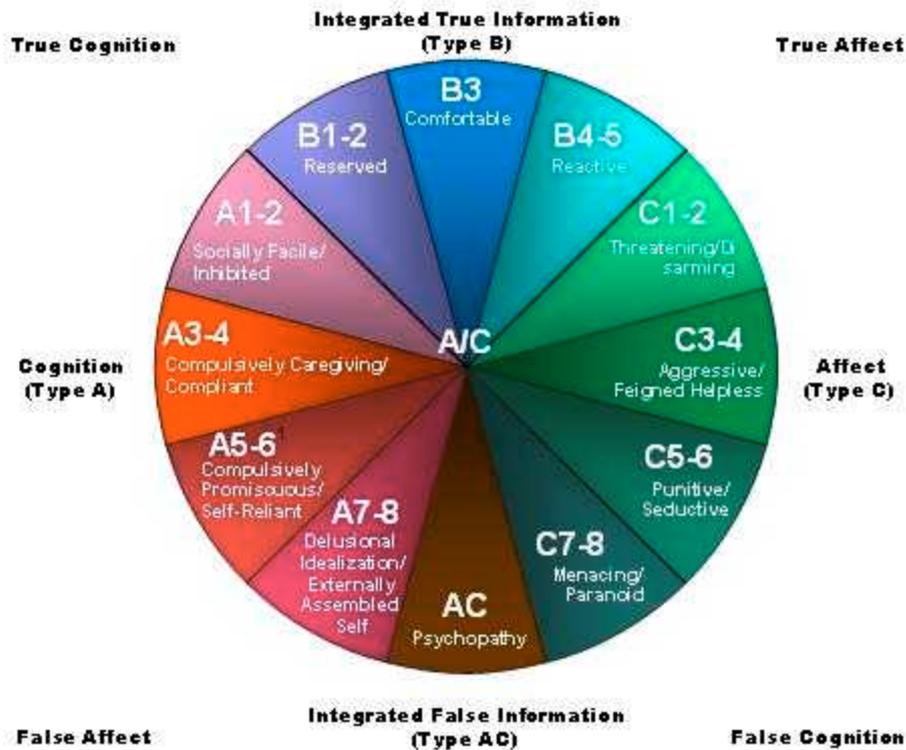


DMM Strategies in **Adulthood**

DMM Self-Strategies in **Adolescence**



A Dynamic-Maturational Model of Patterns of Attachment in Adulthood



¹ Please note the reversal of A5-6 compared to previous versions of this model.

Los hijos de oro:

- La presencia del hijo sirve cada vez más a la madre para "sentirse en lo justo" y al padre para "sostener su orgullo" (Bruch).
- Durante el pensamiento concreto: no queda más que aceptar las reglas formales impuestas. Alta planificación de los padres.
- **Hijos de oro:** excelentes en la escuela, hiperadecuados a los ritmos sociales de la familia y a la educación que se les impone, a despecho del desarrollo de su propia individualidad y de las exigencias de exploración mental autónoma.
- La incompreensión de los padres hacia los requerimientos de los hijos, se confirma en los recuerdos diametralmente opuestos, que las dos partes tienen de este período.



Los hijos de oro:

- Los padres hablan de "hijos perfectos" hasta la adolescencia. Los pacientes recuerdan una infancia infeliz y frustrada: no podían decir o hacer lo que querían o sentían, porque eran siempre juzgados por sus expresiones personales. "Cuando me daban ganas de llorar, temía que me llamarán *llorona* y secaba mis lágrimas, sin jamás mostrarlas. No demostraban jamás cuando estaban enojados, pero yo sentía que lo estaban" (Bruch).
- Hacia las personas significativas extrañas a la familia, se tiende a mostrar el mejor aspecto de sí mismos, siempre dispuestos a adecuarse para complacer a los otros, pero sin una real satisfacción personal.
- En ocasiones comer mucho o poco representa la única posibilidad de libre elección: obesidad = forma de resignación-protesta; ser delgada (agradable) o estar en buena forma física = atención por el padre, en sus raras apariciones. La comida y el aspecto físico se tornan un campo neutral, en el cual el niño puede controlar su ambiente y exponer sus exigencias.

Sentido de sí mismo difuso

- A. Dificultad para usar el espejo familiar. Padres excesivamente invasores y entrampantes o demasiado indefinidos, vagos y presentes sólo de manera alternada.
- B. Comienza a constituirse una imagen de sí mismo poco definida e incompleta, por el hábito de ser anticipados en las propias decisiones y la ausencia de un feedback que confirme al menos, de un modo explícito y regular, las propias propuestas y las propias sensaciones. El espejo que se tiene delante no refleja nunca la imágenes claras que este período requiere y hace muy difícil el proceso de identificación.
- C. La atención del niño se enfoca en lo que los otros piensan y aprueban, en la búsqueda de confirmación y juicios externos, los que son al mismo tiempo, temidos e indispensables.

Adolescencia

- **Perturbación básica de la autoconciencia:** no logra organizarse de manera de sentirse "dueño de sus propias acciones y sensaciones, conseguir un sentido de patronazgo sobre su propio cuerpo. Le falta la capacidad de discernir las señales de sus impulsos, el sentido de eficacia emocional e interpersonal, que este período gradualmente requiere" (Bruch).
- **Borrosidad consciente:** los procesos tácitos, en contacto con el pensamiento abstracto, permiten comenzar a formular teorías personales sobre el mundo y experimentar nuevas sensaciones, pero éstas permanecen difusas y se intenta definir las con **observaciones introspectivas profundas, que provocan fluctuaciones insostenibles al momento de ponerlas a prueba y de expresarlas a los otros**, dado que la atención selectiva está siempre concentrada sobre expectativas de críticas o, al menos, de incompreensión. Estas fluctuaciones provocan confusión en la formación de la identidad personal y una desorganización interna de los variados sistemas conectados entre si, en la estructuración de la organización (Liotti, 1986).

Adolescencia

- **Familia "entrampada"**: dificultades con la presencia de un hijo adolescente. Pensamiento adolescente = novedades amenazantes para la homeostasis.
- **Madre-control**: anticipa el mundo, invade lo privado, redefine sentimientos para sustituir sistemas de representación, expectativas y diálogos internos.
- **Padre con bajo involucramiento**: continuará ocupándose vagamente del aspecto físico del hijo o de "cómo le va en la escuela". No puntúa qué piensa, qué siente y qué problemas tiene el hijo. No profundiza, no decide claramente.
- La atención selectiva concentrada sobre el juicio de los otros, distrae al adolescente del trabajo de introspección necesario en este período.
- Los intentos de recuperar una autoimagen positiva a través de las relaciones con pares, se hacen difíciles por el temor a las críticas y la desilusión.

Adolescencia

- En áreas de desempeño (físico, amoroso, etc.): expectativas exageradas, con las consecuencias de las terribles desilusiones. **Encontrarse a sí mismo** en el reconocimiento de otros, provoca fantasías a menudo mitomaníacas y bloqueos a las primeros y mínimos errores: **inadecuación personal e incomprensión de parte de los demás**
- Durante estas oscilaciones: una sensación referida como **vacío interior** (Guidano y Liotti, 1983). Reconocer esta sensación como hambre (por ejemplo) permite **evitar el riesgo de reflexionar sobre lo que ha sucedido o está sucediendo** y exponerse a la expectativa de posteriores juicios, desilusiones e incomprensiones.
- De esta manera se inician estrategias en torno al aspecto utilizado como “nube de humo”: alimentación excesiva, sueño excesivo, preocupaciones por el cuerpo - musculatura, etc.

Adolescencia

- Reguladores: comida, cortes, robos, rendimiento, negativizar la imagen, etc. El adolescente se preocupa de este regulador todo el día, buscando esconderse a sí mismo las situaciones que producen turbulencia emotiva.
- Usualmente el propio aspecto físico o evidentes comportamientos guiados para distraer (ser lesbiana, ser punky, ser católica) se transforman en la manera de evitar el juicio de los otros o confirmar su incomprensión.
- En el sexo masculino son menos frecuentes los disturbios alimenticios con variaciones notorias del peso, pero se pueden encontrar otras maneras, para gestar de modo confuso la imagen de sí mismo.
- **Autocontrol:** una inicial recuperación de la fe en sí mismo, autoimagen positiva. Usualmente en función de un vínculo: hermano mayor, un amigo, un profesor, etc.

Logros de la adolescencia

Trastornos de alimentación

FISICO:

Máximo potencial de crecimiento
Desarrollo puberal completo
Capacidad reproductora

Detención del crecimiento
Detención del desarrollo puberal
Alt. menstruales, infertilidad

PSICOLOGICO:

Identidad personal
Desarrollo cognitivo
Desarrollo autoimagen
y autoestima

Alteración del desarrollo de identidad
Alteración de los procesos cognitivos
Deterioro de autoestima
Alteración del desarrollo emocional

SOCIAL

Independencia familiar
Socialización
Relación de pareja estable

Mayor dependencia familiar
Dificultad en relaciones interpersonales
Dificultad relación de pareja

IV - Personalidad e Identidad

Androginia

Perfeccionismo

Rasgos en común con dependientes OH

Falta de asertividad

Dificultades de revelación

Complacencia compulsiva

Dificultades de discrepancia

Sexualidad

Relación con TP

Identidad

Sensibilidad al juicio



Personalidad

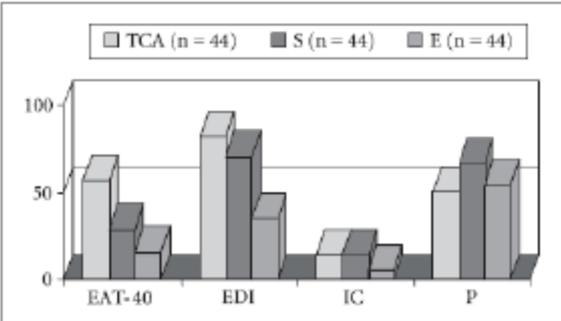


Figura 4. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pacientes con sobrepeso (S) y estudiantes sin estas patologías (E). Behar R (1996)²¹; Hamacheck D (1978)²².

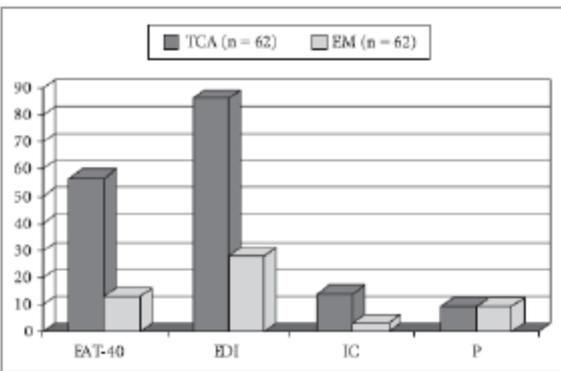


Figura 5. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y estudiantes sin patologías alimentarias (EM). Behar R (1996)²¹; Hamacheck D (1978)²².

- Androginia y escape de lo femenino
- Perfeccionismo e insatisfacción corporal (Waller y cols). Confirmado por Behar y cols, en Chile.
- Behar: perfil común entre pacientes con TCA y trastorno por abuso de alcohol. Los pacientes con TCA se mostraron más motivados por la delgadez, menos capacidad de discriminar emociones y sensaciones, y mayor distorsión de la imagen corporal, ambos grupos coincidieron en sentimientos de ineficacia personal, minusvalía, inseguridad, "regresión pre-adolescente", excesivas expectativas de logros superiores, y resistencia a establecer relaciones cercanas. También compartieron **comportamientos bulímicos** (III - EAT40).

Personalidad

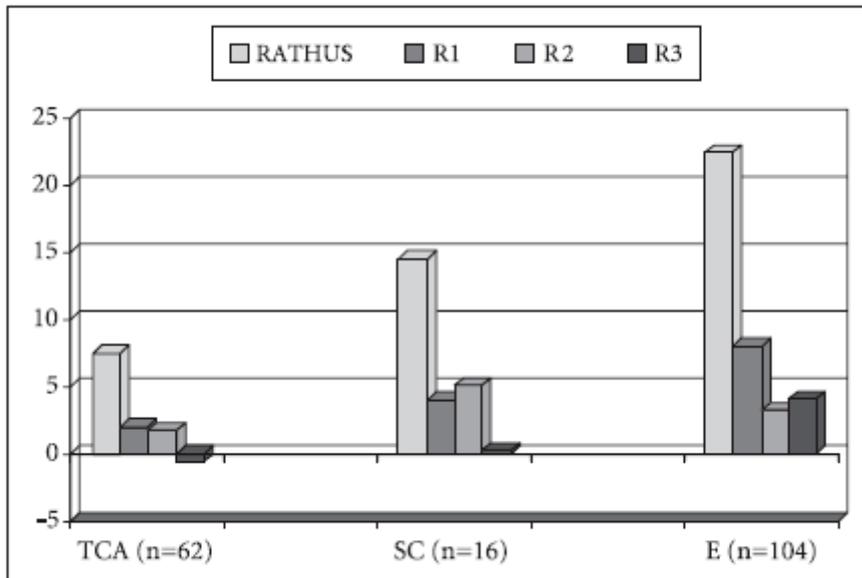


Figura 6. Asertividad (Escala de Rathus) en grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), grupo de riesgo (SC) y estudiantes sin patologías alimentarias (E). Behar R, Manzo R, Casanova D (2006)⁵⁸.

- Falta de asertividad: dificultad para expresar palabras, afectos, emociones, deseos, ambiciones.
- Dificultad para expresar sentimientos negativos: baja revelación, frecuentes exabruptos agresivos asociados a la delgadez - ingesta alimentaria - purgas.
- Se ocultan decepciones interpersonales, se niega el resentimiento. Intensa necesidad de aprobación externa. Complacencia compulsiva. Callar por temor a la crítica.
- Timidez, ansiedad paralizante, carencia de habilidad en el comportamiento interpersonal, limitación en la expresión de derechos y sentimientos.

Personalidad

- **Bulimia**

- Rígida, obsesiva
- Mayor presencia de inestabilidad emocional
- Pobre control de impulsos
- Disminución de la tolerancia a la frustración
- Histrionismo
- Alto nivel de ansiedad

- **Anorexia**

- Rígida, obsesiva
- Meticulosa, perfeccionista
- Dependiente, socialmente inhibida, introvertida
- Sobre adaptación
- Excesiva autoexigencia, alto sentido del deber
- Baja autoestima, sentimientos de incompetencia
- Anoréxicas tipo purgativo: alteración control impulsos y mayor labilidad emocional
- Rechazo sexualidad.

Trastorno de la Personalidad

<i>Estudio/Autor</i>	<i>Resultados</i>
Grilo 2002 (3)	La anorexia nerviosa (AN) se asocia a TP de tipo obsesivo y perfeccionista y la Bulimia nerviosa (BN) a Trastornos de tipo impulsivo/ inestable
Westen & Harnden-Fischer 2001 (4)	Categorizan las pacientes con TCA de su muestra en tres grupos en función de sus rasgos de personalidad: <ul style="list-style-type: none">• Grupo perfeccionista de alto funcionamiento• Grupo restringido/ sobrecontrolado (evitador).• Grupo emocionalmente desajustado/ bajo autocontrol.
Matsunaga et al 2000 (5)	Pacientes recuperadas de TCA El cluster B son los TP que más se asociaban a la BN. 26% de la muestra cumplía criterios de al menos un TP al año de la recuperación.
Díaz- Marsa et al 2000 (6)	Un TP comórbido aparecía en el 61,8% de los pacientes con TCA. El TP por evitación (y en general el Cluster C) se encontró con más frecuencia en la AN y el TP borderline en la BN y la AN- purgativa. En la AN los rasgos de la personalidad más sobresalientes eran la perseverancia y en la BN la evitación del malestar y la impulsividad. Ambos grupos obtenían altas puntuaciones en neuroticismo.
Rosenvinge et al. 2000. Meta-análisis (7)	La comorbilidad es mayor en pacientes con TCA que en el resto de los grupos comparados (proporción 0,58) En BN era frecuente un diagnóstico del Cluster B y en especial el TP límite. En la AN eran más frecuentes diagnósticos del Cluster C.
Zaider et al 2000 (8) (Adolescentes)	La distimia y el TP obsesiva eran los diagnósticos comorbidos que mejor predecían (mayor probabilidad) síntomas de TCA. A diferencia de estudios con adultos la distimia se asocia con más intensidad que la depresión mayor.
Gillberg et al. 1995(9)	Las pacientes recuperadas de AN sufrían restricciones en la esfera social en la línea de los TP y trastornos de la empatía. Eran más comunes los TP obsesivos y de evitación.
Braun, Sunday & Halmi (10) 1994	El 81,9% de las pacientes de la muestra con TCA tenía trastornos del eje I asociados. El 69% cumplía criterios de al menos un TP. De estos el 93% tenía trastornos asociados del eje I (y con más probabilidad trastornos afectivos y de consumo de sustancias).
Skodol et al. 1993 (11)	BN se asocia a TP borderline y AN a TP evitativo.

Identidad

- **Actitud hacia sí mismo:** oscila entre el valor absoluto y la crítica más despiadada, con una estimación muy confusa de la propia eficiencia. Extrema vulnerabilidad a la desconfirmación, especialmente en el campo afectivo, y una exagerada sensibilidad a los momentos de aprobación
- **Actitud hacia el mundo:** se basa en la ambigüedad. El mundo es la fuente del posible reconocimiento siempre aguardado, pero también de las posibles y temidas desilusiones. Es mejor que todo permanezca en la posibilidad. Por eso se tiende a evitar el contacto con la realidad, elaborando programas maravillosos que nunca se ponen en acción.
- **Las relaciones con las personas significativas:** están destinadas a la desilusión. De una relación "importante" no se sale jamás con las ideas claras. Se tiende siempre a atribuir significados oscilantes, entre desilusionar a los otros o desilusionarse de los otros, manteniendo la indefinición y la incertidumbre

Juicio y contexto dependencia

- Discrepancia - aumento de exposición = activación, “turbulencia”
- Se concentrará en las actitudes de las personas que aparecen más seguras o exitosas.
- Aparente contradicción: evitación situaciones de juicio, necesidad de ser definidos por personas de valor alto.
- Las personas que parecen gratificantes **se ponen a prueba**
- Estudio del contexto, antes de la exposición.
- Éxito ligado directamente al valor personal.
- Fracaso = ser insignificante e inútil.
- Al igual que en otras organizaciones de significado, el juicio es una construcción. El miedo al juicio puede ser utilizado como otra nube de humo, **para evitar precisamente la exposición.**

Juicio y contexto dependencia

- Mantener la continuidad a través de proyectos y fantasías, maniobrando para no ponerlos en práctica: "un Dios cuando sueña y un mendigo cuando razona"
- *En contextos considerados importantes, se aferra a la opinión de sus interlocutores, a volver a decir cosas que ya han sido dichas, a expresarse con lugares comunes, y a no definirse para poder adaptarse siempre, cambiando de idea. Al momento de tomar decisiones, intenta que sean los otros que intervengan o se den cuenta de sus propias exigencias. Cuando es necesario entrar en acción en público, teme ser interpelado y percibe la atención de "los otros significativos" sobre sí mismo, recurriendo a actitudes típicas de "tonto chapucero", para evitar definirse (Berne).*
- Engordando se facilita el juicio negativo sobre sí mismo, sin exponerse a nivel profundo de pensamiento, dejando a los otros confundidos.
- Adelgazando se reacciona buscando un juicio positivo (delgado es hermoso, activo, en forma, esforzado), lo cual es también vago, no guarda relación con las características intrínsecas de sí mismo...

V - Ajuste

Situaciones afectivas

Aspectos socio - culturales que podrían ser sensibles al TCA



Situaciones afectivas

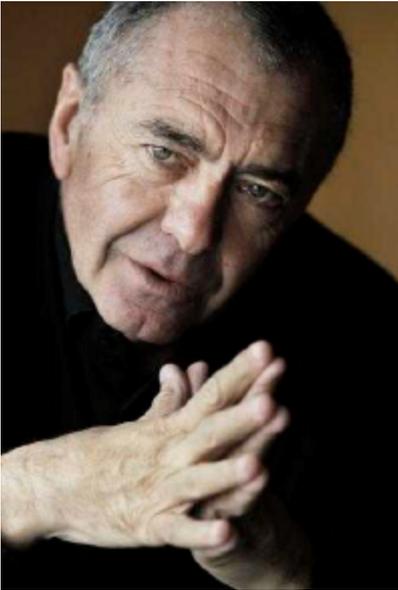
- Amor = única y absoluta fuente de vida y reconocimiento personal
- Amor = sector de mayor temor a la decepción y la desilusión.
- La dificultad para exponerse, las expectativas de reconocimiento personal, y la confusión en los momentos de separación, no permiten explicaciones a las fluctuaciones emotivas y adquirir nuevos conocimientos sobre sus propias actitudes y las de los representantes del sexo opuesto.
- Las relaciones no deberían **jamás** terminar (desde el momento en que es imposible aclararse a sí mismo, el motivo). Quiebre = profunda inseguridad, sensación de malestar general, desconfianza hasta de los propios órganos sensoriales.

Situaciones afectivas

- Evitar involucrarse con quien no otorgue la máxima seguridad de amor y así, de este modo, hacer imposible cualquier sorpresa.
- Puestas a prueba del compañero, reclamos de comprensión, confianza y sinceridad mas allá de las humanas posibilidades.
- Ansiedad antes del encuentro con la persona que interesa afectivamente, manifestando comportamientos autodestructivos.
- Relación sexual = seleccionar cuidadosamente personas por las cuales no se experimenta interés
- Evitar el **temido** enamoramiento.
- Las expectativas de desilusión hacen que el amor esté conectado a la **imposibilidad**.

Situaciones afectivas

- La espontaneidad es imposible y la atención selectiva está enfocada en los defectos del compañero o las señales de desconfirmación. A una intensa activación neurovegetativa en la espera del encuentro, sigue un comportamiento de **pasividad, aburrimiento y renuncia o una frenética actividad**, en todo aquello que no sea la intimidad.
- **Exigencia de control.** El control debe ser mental. Es necesario estar seguros que el compañero experimenta y piensa exactamente las mismas cosas, dado que su juicio es de especial importancia para la definición de su propia identidad personal (Amoni y Caridi).



Gilles Lipovetsky

(París, 1944)

Filósofo y sociólogo francés.

Hipermodernidad

- Gradual levantamiento de la individualidad
- Tratamiento secular de temas valóricos, espirituales, religiosos
- Reparición del individuo, no como un hombre renacentista divino que integra todas las posibilidades en la perfección, sino el hombre particular contra el mundo y desde el mundo
- Preocupación por los derechos humanos
- Respeto de la elección individual
- Validación de las creencias y visiones particulares e individuales, y una especial importancia por las "minorías sin voz".
- Cierta resistencia a las propuestas unificadoras y sintéticas, que tiendan a la homogeneización de la individualidad.



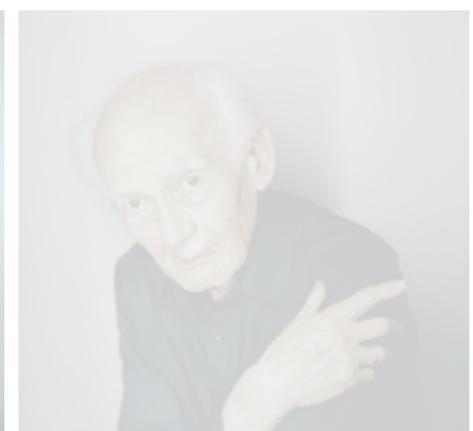
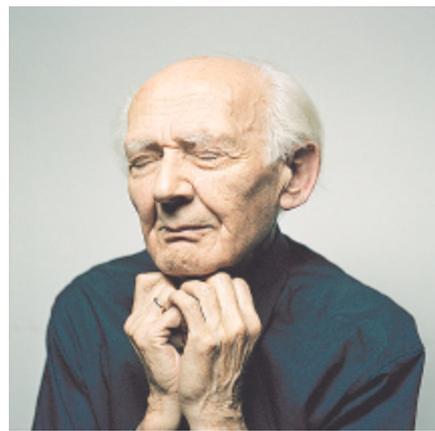
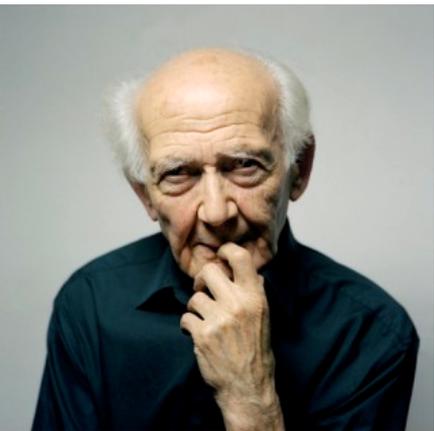
Zygmunt Bauman

Nacido en Poznan, Polonia.

Sociólogo, filósofo y ensayista conocido por el concepto de "Modernidad Líquida".

Identidad líquida

- Bauman: *"el único valor hetero-referenciado es la necesidad de hacerse con una identidad flexible y versátil que haga frente a las distintas mutaciones que el sujeto ha de enfrentar a lo largo de su vida"*
- En contexto:
 - Reversibilidad
 - Bisensorialidad
 - Aumento de velocidad (Paul Virilio, *El ciber mundo, la política de lo peor*, Madrid, Cátedra, 1997)
 - Complejidad y complicación
 - Multicronos: pérdida de la secuencia
 - Multiespacio (Marc Augé, *Los no lugares*, Barcelona, Gedisa, 2000), aumento del perímetro de interactividad
 - Hetero-dirección (Riesman)



Contexto social sensible a TCA

- Narcisismo colectivo
- Preponderancia de la imagen
- Cultura centrada en el placer
- La comida es tratamiento. Diversidad hacia lo diet.
- Castigo social del obeso (bullying, asociación con rasgos de personalidad, etc.)
- Mercado de la espiritualidad
- Comparación social
- Rendimiento y competencia.

VI - Psicopatología

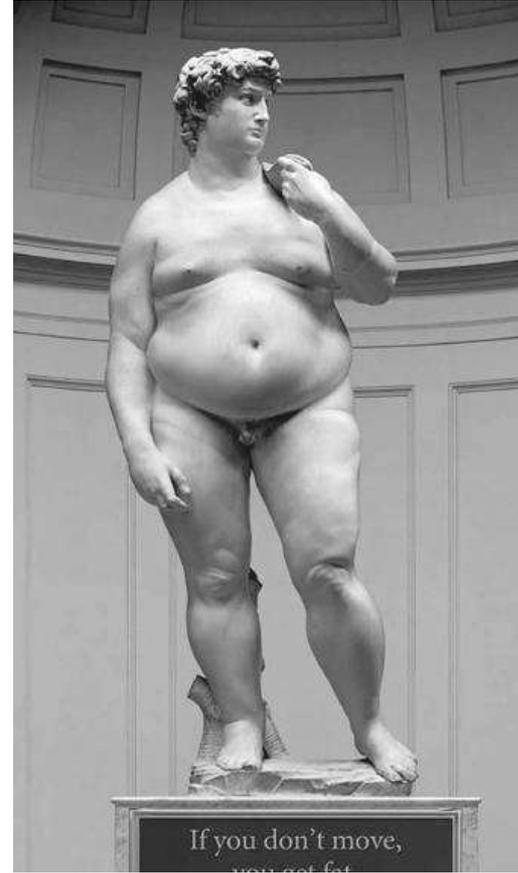
Anestesia sexual, disfunciones sexuales

Problemas de reconocimiento de fatiga (anticipada - OB) (retardada - AN)

Comorbilidad general

Alteraciones físicas asociadas a TCA





Alteraciones psicofisiológicas



El estado de alteración fisiológica general es señal de la confusión que caracteriza la propia identidad personal.

Dificultad para "traducir" los mensajes fisiológicos en percepciones precisas de hambre o saciedad, se encuentra la misma confusión al nivel de las sensaciones sexuales.

Anestesia sexual, disfunciones orgásmicas y alteraciones del ciclo menstrual.

Problemas de reconocimiento de la fatiga física (retardada en el caso de la anorexia y anticipada en el caso de la obesidad) y alteraciones de la temperatura corpórea con sensaciones de calor y frío, en total contraste con la temperatura ambiental.

Alteraciones psicofisiológicas

- Pacientes anoréxicos u obesos no logran, en situaciones de entrenamiento en biofeedback, modificar el tono muscular a menos que sean manipuladas las masas musculares que se requieren relajar, demostrando de este modo la dificultad de "comunicación mental con la propia figura física".
- A fluctuaciones muy notables de tensión emotiva (evidenciadas por la respuesta galvánica de la piel y por las variaciones de temperatura), no corresponde una variación apropiada del tono muscular, como si fuera difícil "aceptar y seguir las propias sensaciones".
- En los pacientes anoréxicos se ha notado una reacción de alarma a los primeros intentos de relajación muscular, lo que confirma su implícito rechazo a dejarse ir, en cualquier situación que se trate.
- En los obesos se verifica una falta de todo tipo de correlación de los parámetros biológicos, lo que parece indicar una suerte de tácita renuncia, resignación y desinterés (Blanco y Reda).

Comorbilidad común

- ? Ansiedad
- ? Depresión
- ? Abuso de sustancias
- ? T. de personalidad limítrofe
- ? Disfunción familiar
- ? Abuso sexual
- ? Suicidio
- ? Trastorno obsesivo-compulsivo

Posibles diferenciales

- ? Enfermedad de Addison
- ? Enfermedad inflamatoria intestinal
- ? Hiper e hipotiroidismo
- ? Diabetes Mellitus
- ? Hipopituitarismo
- ? Tumor cerebral
- ? Neoplasia
- ? Abuso de drogas
- ? Depresión, EZQ, TOC.

SIGNOS FÍSICOS EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

SIGNOS FÍSICOS	ETIOLOGÍA
BOCA	
Caries dentales	Atracones con alimentos con alto contenido de sacarosa
Erosión del esmalte	Vómitos crónicos
Sequedad de mucosas	Ansiedad, disminución de saliva
Erosiones de paladar o faringe posterior	Provocación de vómitos con mano/objeto
PIEL	
Lanugo	Baja de peso excesivo
Signo de Russell	Uso de manos para provocarse vómitos
Piel seca, fría y escamosa	Metabolismo basal bajo
Color amarillento	Hipercarotinemia
Uñas quebradizas y caída del cabello	Hipotiroidismo relativo
Petequias	Trombocitopenia secundaria a desnutrición grave o por maniobra de Valsalva
Edema pedio y pretibial	Suspensión de diuréticos o laxantes; realimentación rápida
Callosidades	Ejercicio severo

MAMAS	
Atrofia del tejido	Pérdida del tejido subcutáneo
ABDOMEN	
Escafoide	Pérdida del tejido subcutáneo
Asas intestinales palpables	Motilidad intestinal disminuida, constipación
GENITALES	
Secos, atrofia de la vagina	Hipoestrogenismo
EXTREMIDADES	
Manos y pies fríos, acrocianosis	Mala circulación
Atrofia muscular	Desnutrición

Alteraciones físicas

Agudas:

? Alteración ELP, Arritmias
? Síntomas GI, retraso vaciamiento gástrico, constipación, colon irritable, patología esofágica

Crónicas:

? Retraso crecimiento y desarrollo puberal
? Amenorrea, oligomenorrea
? Osteoporosis
? Atrofia cerebral
? Enfermedad tubular renal crónica

Asociadas a vómitos: Trastornos ácido base, Nefropatía hipokalémica Deshidratación, edema Erosión esmalte dental Hipertrofia glándulas salivales Esofagitis, Ruptura/ sangrado esofágico

Asociadas a uso de laxantes:

Trastornos ácido base, deshidratación, edema Constipación / Colon catártico

Asociadas a uso de

medicamentos: Ansiedad Convulsiones HTA, AVE, IAM

Amenorrea

? Pérdidas de peso entre el 10 y 15% del peso normal para la talla se traducen en amenorrea primaria, o cese de las menstruaciones en las niñas postmenárquicas (amenorrea secundaria).

? La baja de peso no es el único factor que lleva a amenorrea, 20 a 66% de las pacientes presentan amenorrea antes de disminución de peso significativa

? Otros factores son: stress psicológico, ejercicio extremo, depleción nutricional, nivel crítico de ingesta calórico; así como factores hormonales (leptina, IGF-1, insulina).

? En Anorexia Nerviosa la amenorrea es el resultado de una disfunción hipotalámica que lleva a un Hipogonadismo Hipogonadotropo.

? En el 85% de los casos se recuperan las menstruaciones espontáneas dentro de 6 meses de logrado el 90% del peso ideal.

Osteopenia - osteoporosis

- ? La adolescencia es el período crítico de formación de hueso, ya que más de la mitad del calcio óseo se deposita en este período.
- ? La complicación más importante del hipoestrogenismo de la AN es la osteopenia y la osteoporosis.

- ? La osteoporosis se relaciona principalmente con los años de duración de la amenorrea : pérdida ósea de 2-6% por año de enfermedad.

- ? Principales causas:
 - ? ? ingesta calórico-proteica, de calcio y vit D.
 - ? ? estrógenos
 - ? ? IGF-1
 - ? ? cortisol
 - ? ? insulina

VII - Psicoterapia

Generalidades

Orientaciones según Selvini Palazzoli

El paciente en restricción

Vittorio Guidano: Psicoterapia Post - Racionalista

Reconstrucción del sentido de sí mismo

Consideraciones clínicas en psicoterapia

Estilo Outward de procesamiento y psicoterapia



Psicoterapia - Generalidades

- ? Tratamiento precoz mejora el pronóstico
- ? La recuperación ponderal es básica pero no es sinónimo de curación
- ? Tratamiento integral, multidisciplinario
- ? Buena relación tratante - paciente
- ? Actitud terapéutica flexible, personalizada.
- ? Orientado a resolución de factores desencadenantes, perpetuantes y predisponentes

PRONOSTICO

Muy variable. USA, 10 años seguimiento

- 25% recuperación completa
- 50% curso intermitente
- 25% no mejora, se cronifica
- Mortalidad 7%: trastorno mental de mayor mortalidad
- Las causas más frecuentes de muerte son desnutrición y suicidio.
- El seguimiento debe durar al menos 5 años

Psicoterapia: Selvini Palazzoli

- **Dependiente:** AN-R. Rol sexual infantil, relación estrecha con la madre, rígida voluntad de autonomía, apego ansioso - ambivalente, baja autoestima
- **Borderline:** AN-Purgativa. Perfil pasivo - agresivo, rol sexual seductor, poca adecuación escolar y laboral, rasgos borderline - histriónicos, desconfianza en la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre, rasgos pre-psicóticos, mundo relacional de abandono y agresividad, abuso de sustancias - promiscuidad, sentimientos de depresión y angustia junto con sentimientos de excitación.
- **Obsesivo - Compulsivo.** Restrictivas. Tendencia al control, aislamiento y autosuficiencia, apego esquivo, ambivalencia para mostrar necesidades, temor a la reprobación del entorno, presencia de distancia, incomunicación, inaccesibilidad
- **Narcisista.** Mayor presencia de bulímicas. Negatividad, hostilidad, ambivalencia, pasividad, rigidez e infantilismo respecto al rol sexual, aislamiento, egocentrismo, intolerancia a la crítica y al fracaso, dificultades para experimentar la empatía, control del entorno y de las relaciones. Encuentra una variante más autística con rasgos depresivos y la más paranoide.

El paciente en restricción...

- Irritabilidad
- Ansiedad
- Desconcentración
- Retraimiento social
- Excesiva preocupación por sí mismo
- Humor depresivo
- Labilidad del humor
- Indecisión
- Pensamiento obsesivo y conductas compulsivas
- Alteraciones del sueño
- Pérdida del interés sexual

Psicoterapia Post - Racionalista

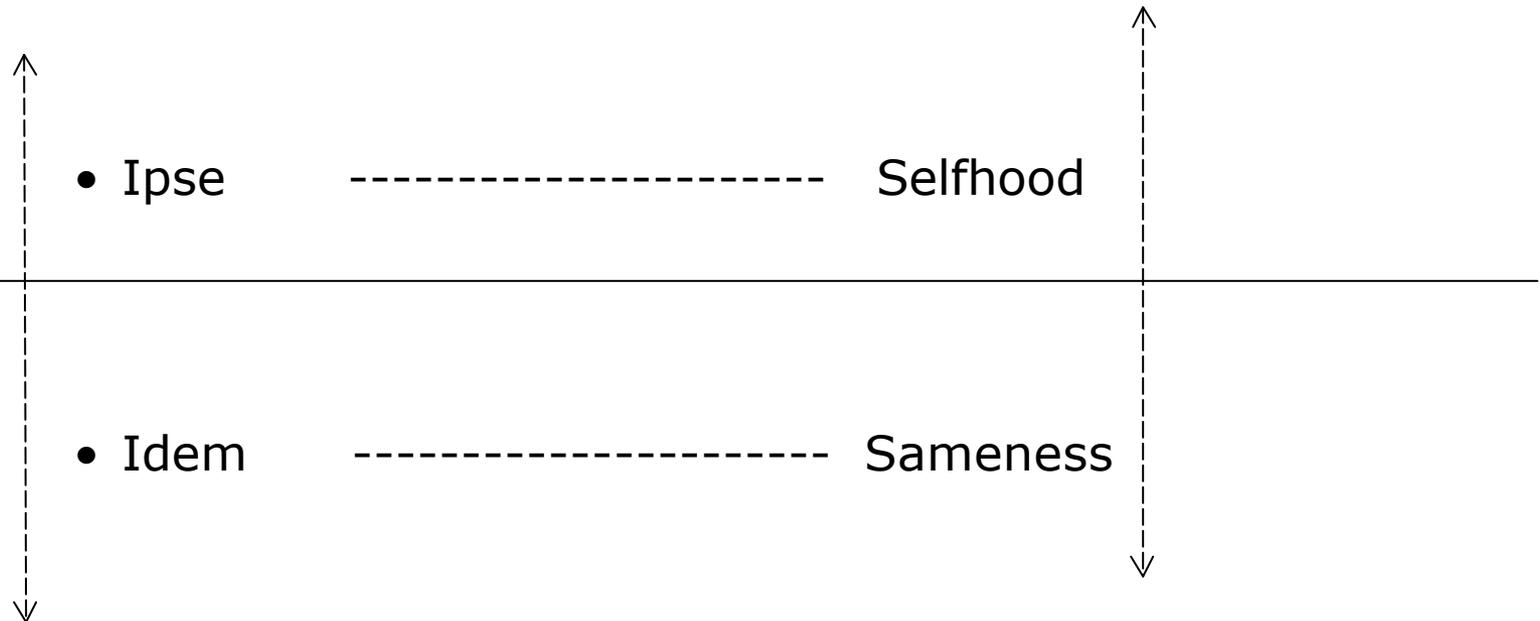
- Orientada al autoconocimiento
- Observación de los propios patrones de regulación
- Articulación del evento hacia temáticas personales
- Integración en un sentido de continuidad y estabilidad



Vittorio Guidano. Psicoterapeuta italiano nacido en agosto de 1944, fallecido en Buenos Aires en agosto de 1999
Conocido por su aproximación constructivista dentro de la psicoterapia cognitivo conductual: el enfoque post - racionalista.

Reconstrucción del sí mismo

Narrativa origina identidad en el relato: ¿Quién es? (lo distinto) --- "outward"



El evento se revela por sí: ¿Qué es? (lo mismo) --- "inward"

En psicoterapia post - racionalista

1. Setting y juegos relacionales:
 - la mejoría como amenaza
 - nubes de humo
 - autoaceptación vs "imperfección constante"
2. Aumento de información y complejidad ("hetero referencia", por ejemplo)
3. Complejidad de rol: diferenciación, profundización, identidad del actor, coherencia, consistencia (peso - compromiso), sobreactuación vs espontaneidad
4. Complejidad de la trama: organización emocional, persistencia de temáticas, abstracción de sentido, etc.

Reconstrucción del sí mismo

- Temáticas de desilusión - decepción
- Formatos de elaboración en la atribución interna negativa:
 - AN: Autoimagen positiva al extremo, con tácitos sentimientos de ineficacia. Elaboración de "nube de humo"
 - B: Autoimagen consciente positiva, pero especificación concreta de los propios sentimientos de ineficacia. Elaboración "de lunar".
 - OB: Autoimagen relativamente negativizada, no obstante referencia externa sobre el cuerpo. Elaboración del tipo "blindaje". Discrepancia agresiva y falsa.
- Evitación de roles.
- Dificultades de secuenciación, atención baja, estilo outward de procesamiento emocional

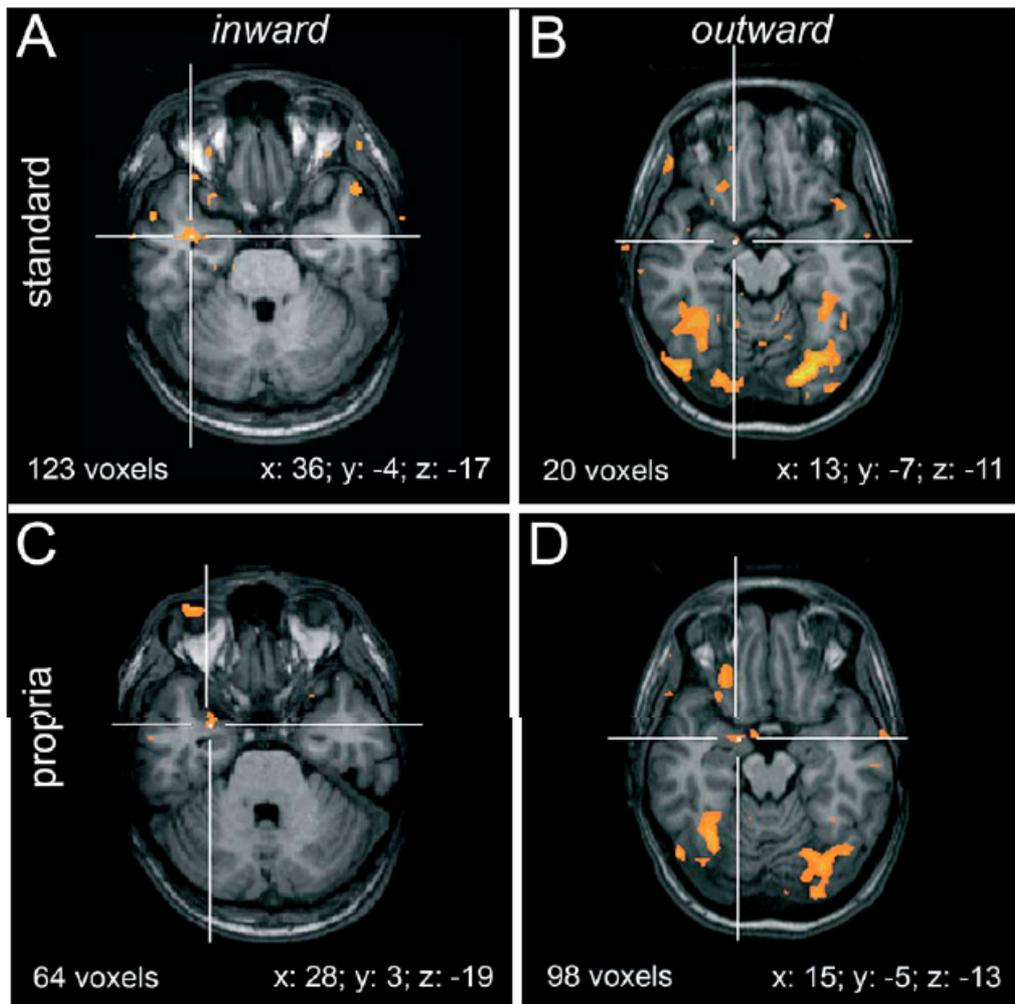


Figura 1. Activación en la amígdala derecha, evidenciada por la intersección de los ejes, evocada por la presentación de caras con expresión de rabia. A: activación observada en un sujeto con estilo de personalidad inward a la presentación de rostro estándar (experiencia en tercera persona); B: activación evocada por el mismo estímulo en un sujeto outward. C: activación evocada en el sujeto inward, el mismo mostrado en A, a la presentación de su rostro (experiencia en primera persona); D: activación evocada por el mismo estímulo en el sujeto outward mostrado en B. Siguiendo la convención radiológica, el hemisferio izquierdo es representado a la derecha.

Inward - Outward

Estilo Inward. En general, en la supervisión de terapeutas en formación, no se observan mayor dificultades para trabajar con emociones construidas en este estilo. La asociación con emociones básicas representa en la reconstrucción un claro arraigo evolutivo: la experiencia está anclada en emociones de activación definida, que presentan cierta estabilidad entre contextos. El paciente Inward podría presentar dificultades para decodificar y regular emociones sociales, "novedades sociales", refiriendo el sentido de la experiencia a indicadores internos, marcadamente fisiológicos. En equilibrio emocional, la persona podría excluir selectivamente situaciones no asimilables a su experiencia, que ponan en riesgo de el sentido de estabilidad personal (Naranjo, Gallardo, y Zepeda, 2010). Tendencia a la reevaluación, aceptación o resignación respecto a fuentes ambientales de las emociones en curso (Naranjo, Gallardo, y Zepeda, 2010)

Estilo Outward. En la experiencia con un estilo Outward, la asociación al contexto no señala directamente un arraigo evolutivo. La experiencia aparece anclada a emociones básicas de activación difusa. Lo que está en juego son las habilidades para decodificar emociones sociales (Naranjo, Gallardo, y Zepeda, 2010). El terapeuta encontrará una alta variabilidad de la experiencia entre contextos. El paciente pondrá menos atención a aspectos internos y marcadores fisiológicos, en donde el sentido "líquido" del sí mismo estará probablemente atribuido a "otras personas que consideran cambiantes o a contextos con reglas poco claras e invalidantes" (Naranjo, Gallardo, y Zepeda, 2010)

Inward	Outward
Consciencia - negación de emociones básicas	Consciencia - Negación de discrepancias en la imagen social
Calidad (nitidez, fuente, dirección) de la información obtenida de la emoción básica, respecto a novedades personales	Calidad (nitidez, fuente, dirección) de la información obtenida de la emoción social, respecto a novedades del entorno social
Mecanismos de control (amplificación - modulación - extinción) de las emociones básicas	Mecanismos de control (amplificación - modulación - extinción) de las emociones sociales
Consistencia del sentido de sí mismo entre activaciones emocionales básicas	Consistencia del sentido de sí mismo entre activaciones entre distintos escenarios
Diferenciación del sentido de sí mismo entre activaciones emocionales básicas	Diferenciación del sentido de sí mismo entre distintos escenarios

Comentarios finales

Introducción

Prevalencia
EDI-2, EAT-40
Riesgo y estudios prospectivos en Chile
Variabilidad cultural
Formas asociadas
TCA como forma de regulación

Familia

Los trabajos de Selvini Palazzoli y Bruch
Familias TCA - enfoque sistémico
Padres
Perfil de madre en TCA
Relación madre - hijo
Ambiente familiar: claves

Evolutivo

Vínculo ambiguo - Patrón A4
Los hijos de oro
Sentido de sí mismo difuso
Adolescencia: fracaso en metas de desarrollo

Personalidad e identidad

Androginia
Perfeccionismo
Rasgos en común con dependientes OH
Falta de asertividad
Dificultades de revelación
Complacencia compulsiva
Dificultades de discrepancia
Sexualidad
Relación con TP
Identidad
Sensibilidad al juicio

Ajuste

Situaciones afectivas
Aspectos socio - culturales que podrían ser sensibles al TCA

Psicopatología

Anestesia sexual, disfunciones sexuales
Problemas reconoc. fatiga (anticipada - OB) (retardada - AN)
Comorbilidad general
Alteraciones físicas asociadas a TCA

Psicoterapia

Generalidades
Orientaciones según Selvini Palazzoli
El paciente en restricción
Vittorio Guidano: Psicoterapia Post - Racionalista
Reconstrucción del sentido de sí mismo
Consideraciones clínicas en psicoterapia
Estilo Outward de procesamiento y psicoterapia

Libros sugeridos



Procesos cognitivos y desórdenes emocionales

V.F. Guidano y G. Liotti

(2006, primera Edición en español). Cuatro Vientos



El sí mismo en proceso.

V.F. Guidano

(1994). El sí-mismo en proceso. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.



El Modelo Cognitivo Postracionalista.

V.F. Guidano

(2001) Desclée. Bilbao



Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia

J. Bruner.

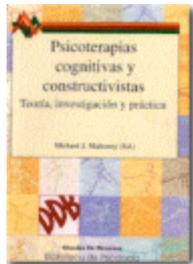
(1996) Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.



Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego.

P. Crittenden

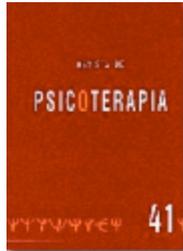
(2002) Valencia: Promolibro.



Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas.

M. Mahoney

(1997) España: Desclée de Brouwer



Revista de Psicoterapia, Barcelona.
Época II, Volumen XI, N°41. 1er semestre, 2000.



Constructivismo en psicoterapia.
(1998). M. Mahoney, R. Neimeyer (compiladores)
España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Sitios web sugeridos



Ipra: Instituto de psicología y psicoterapia post-racionalista
<http://www.ipra.it/>



Inteco: Instituto de terapia cognitiva
<http://www.inteco.cl>



Gip: Grupo de Investigación en Psicoterapia
<http://www33.brinkster.com/gipsicoterapia/>



Sociedad Terapia Cognitiva Post-Racionalista
<http://posracionalismo.cl/>



Cipra: Círculo Psicoterapia Post-Racionalista
<http://www.cipra.cl>

Muchas Gracias !