

**TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA
PROTOCOLO CLÍNICO**

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA PROTOCOLO CLÍNICO

2da. Edición

www.salud.gob.mx

D.R.© Secretaría de Salud

Av. Benjamín Franklin # 132 Col. Escandón, 2da. sección

Delegación Miguel Hidalgo

México, D.F. 11800

ISBN

Impreso y hecho en México

Coordinación y responsable de la publicación:

CENAPRECE Secretaría de Salud

DIRECTORIO

DR. JOSÉ ANGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

Subsecretario de Prevención y Promoción de salud

DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNANDÉZ

Director General

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DR. CARLOS H. ÁLVAREZ LUCAS

Director General Adjunto de Programas Preventivos

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DR. CUAUHTÉMOC MANCHA MOCTEZUMA

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DRA. VIRGINIA MOLINA CUEVAS

Coordinación de Gestión Clínica UNEMES EC

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Fuerza de tarea de Enfermedades Crónicas no Transmisibles:

Dr. Armando Barriguete Meléndez Coordinador Fuerza de tarea de enfermedades Crónicas. Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández Director General del CENAPRECE, Dr. Carlos H. Álvarez Lucas Director de Programas Preventivos, Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano del CENAPRECE, Dra. Virginia Molina Cuevas Coordinación de Gestión Clínica CENAPRECE, Dr. Carlos Aguilar Salinas Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ, Dr. Agustín Lara Esqueda Secretario de salud del Estado de Colima, Dr. Simón Barquera, Dra. Laura Magaña, Instituto Nacional de Salud Pública, Dr. Martín Rosas Peralta Comisión Coordinadora de Institutos de Salud, Dr. Antonio González Chávez Presidente de la Asociación Mexicana de Diabetes.

AUTORES DEL PROTOCOLO:

J. Armando Barriguete Meléndez.

Coordinador

José Ángel Córdova Villalobos.

Presidente

Mauricio Hernández Ávila, Carlos A Aguilar Salinas, Agustín Lara Esqueda, Simón Barquera, Martín Rosas Peralta.

Grupo de Tarea EC Secretaría de Salud.

Adriana Viladoms Portugal, Ana Pérez Bustinzar, Luis Rojo, Andrea Flores, Mônica Vázquez, Teresa Rivera, Teresa Días y Shulami Graber, Judith González, Marie Cartier, Miguel Presno y Justo Francisco Fernández Pellón.

Clínicas Ángeles TCA

Eduardo García García, Juan Pablo Méndez, Verónica Vázquez, Denise Arcila.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ

Ovidio Bermudez, Eva Trujillo, Juanita Gempeler, Takis Athanasios. David B. Herzog, Andrea Oliveira.

HLA SIG Academy for Eating Disorders

Jose Luis Salinas Fernández.

Asociación Psicoanalítica Mexicana AC

Aldo Suárez, Pablo Casaubon, Marie Cartier.

Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP

«Comme tout le monde, je n'ai à mon service que trois moyens d'évaluer l'existence humaine: l'étude de soi, la plus difficile et la plus dangereuse, mais aussi la plus féconde des méthodes; l'observation des hommes, qui s'arrangent le plus souvent pour nous cacher leurs secrets ou pour nous faire croire qu'ils en ont; les livres, avec les erreurs particulières de perspective qui naissent entre leurs lignes.»

M. YOURCENAR (1958) Mémoires d'Hadrien

ÍNDICE

ÍNDICE	7
1. CONDUCTA ALIMENTARIA MODELO REGULADOR BIO-PSICO-FAMILIAR	7
1.1. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS	
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA.	9
2.1. FACTORES DE RIESGO EN LOS TCA.	
2.1.1 SEXO	
2.1.1 EDAD	
2.1.2 NIVEL SOCIOECONÓMICO Y POBREZA	
2.1.3 DIETA.	
2.1.4 URBANIZACIÓN.	
2.1.5 MIGRACIÓN.	
2.1.6 MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	
2.1.7 GENÉTICA.	
2.1.8 MALTRATO	
2.1.9 PROBLEMAS PARA COMER EN LA TEMPRANA INFANCIA Y PROBLEMAS DIGESTIVOS.	
2.1.10 POR TIPO DE TCA	
2.1.10.1 ANOREXIA NERVOSA. NACIMIENTO. INFANCIA. ADOLESCENCIA.	
2.1.10.2 BULIMIA NERVOSA. NACIMIENTO. INFANCIA. ADOLESCENCIA.	
2.1.10.3 ATRACÓN. NACIMIENTO. INFANCIA. ADOLESCENCIA.	
2.1.10.4 SÍNDROME DE COMEDOR NOCTURNO (SCN)	
3. APORTACIONES DE LA PSIQUIATRÍA PERINATAL AL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS TCA.	16
3.1 PREVENCIÓN.	
3.2 MODELOS DE DESARROLLO Y DESARROLLO DEL RIESGO.	
3.3 CONDICIONES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN.	
3.4 INTERACCIONES PRECOCES, CONDUCTA ALIMENTARIA Y DESARROLLO.	
3.4.1 FUNDAMENTOS.	
3.4.2 LAS INTERACCIONES PRECOCES.	
3.4.3 LA ESCUELA DE BOBIGNY.	
3.4.4 LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL.	
3.4.5 EL ÁRBOL DE VIDA O GENOGRAMA PSÍQUICO.	
3.4.6 LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL.	
3.4.7 BEBÉS, NIVELES DE REPRESENTACIÓN: EL BEBÉ REAL, EL BEBÉ IMAGINARIO, EL BEBÉ DE LA FANTASÍA, EL BEBÉ CULTURAL.	
3.4.8 LA FIGURA DEL PADRE.	
3.4.8.1 LA CAPACIDAD DE ARRULLO Y CONSUELO.	
3.4.9 TRIADA, TRIADIFICACIÓN Y TRIANGULACIÓN.	
3.4.10 EL APEGO	
4 LOS TCA. FUNDAMENTOS.	23

5	PSICOPATOLOGÍA DE LOS TCA.	24
5.1	PSICOPATOLOGÍA ACTUAL Y TCA.	
5.2	LOS TCA: IMPASSE DE LA FILIACIÓN A LA AFILIACIÓN.	
5.2.1	LA NOCIÓN DE APARATO MENTAL.	
5.2.2	AUTO-EROTISMO.	
5.2.3	RELACIÓN.	
5.2.4	AUTONOMÍA.	
5.3	LA NUEVAS DEPENDENCIAS	
5.4	SÍNTOMAS, SÍ-MISMO Y NARCISISMO. LOS TRES GRANDES.	
5.5	LA ADOLESCENCIA: CUESTIONA A “EL ÁRBOL DE VIDA”.	
5.5.1	SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN LA ADOLESCENCIA.	
5.5.2	SÍ-MISMO.	
5.5.3	REPRESENTACIONES DIFERENCIADAS DEL OBJETO.	
5.5.4	ADOLESCENCIA, TRABAJO PSÍQUICO Y DUELOS. LOS PADRES.	
5.5.5	FIN DE LA TRANQUILIDAD DEL CUERPO. LOS PADRES.	
5.5.6	FIN DE LA ESTABILIDAD DE LA IMPAGEN CORPORAL. LOS PADRES.	
5.5.7	FIN DE LA BISEXUALIDAD POTENCIAL Y EL PENSAMIENTO OMNIPOTENTE LOS PADRES.	
5.5.8	SEPARACIÓN Y FIN DEL VÍNCULO EDÍPICO. LOS PADRES.	
5.5.9	AGRESIVIDAD Y CULPA. LOS PADRES.	
5.5.10	INVESTIDURAS OBJETALES Y NARCISISTAS. LOS PADRES.	
5.5.11	TCA Y ÁRBOL DE VIDA. NIVELES DE REPRESENTACIÓN: LA ADOLESCENTE REAL; LA ADOLESCENTE IMAGINARIA; LA ADOLESCENTE DE LA FANTASÍA; LA ADOLESCENTE DE LA CULTURA.	
6	LA CLÍNICA DE LOS TCA	35
6.1	LA CLÍNICA MÉDICA Y EL ENFOQUE ANATOMO-CLÍNICO. CLÍNICA MÉDICA EN CRISIS. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. LA OBEDIENCIA TERAPÉUTICA. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.	
6.2	CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. LA PSIQUIATRÍA DINÁMICA. MODELOS: NOSOGRÁFICO; PSICOTERAPÉUTICO; FILOSÓFICO O FENOMENOLÓGICO; CULTURAL; BIOLÓGICO; PERINATAL.	
6.3	TCA Y MOTIVACIÓN.	
6.4	CLÍNICA PSICOANALÍTICA. EL PSICOANÁLISIS.	
7	PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RESISTENCIAS.	47
8	LA ALIANZA TERAPÉUTICA: INDICADOR DE RELACIÓN. EL ESPACIO INTERMEDIO. ESPACIO INTERMEDIARIO. ESPACIO TRANSICIONAL Y LA CONSULTA TERAPÉUTICA. LA ALIANZA... TERAPÉUTICA, DE UNA ENTREVISTA A LA CONSULTA TERAPÉUTICA. LA ENACCIÓN ENTRE FILIACIÓN Y AFILIACIÓN.	49
9	EL DESARROLLO, ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS Y TRASTORNOS.	55

9.1	LACTANTES. BASES DIAGNÓSTICAS DC: 0-3. OBJETIVOS CLÍNICOS. FACTORES CLÍNICOS Y ENFOQUE AMPLIO. PRINCIPIOS CLÍNICOS. EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICO. CULTURA. CASO CLÍNICO. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL LACTANTE. LA ANOREXIA MENTAL DEL BEBÉ. LA ANOREXIA COMÚN DEL BEBÉ. TOMÁS PRIMERA CONSULTA. SEGUNDA CONSULTA. TERCERA CONSULTA. COMENTARIOS.	
9.2	NIÑAS Y NIÑOS. ALTERACIONES DEL COMER Y LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ. HASTA LOS SEIS AÑOS.	
9.3	ADOLESCENTES Y ADULTOS. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TCA.	
9.3.1	ANOREXIA NERVOSA	
9.3.1.1	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	
9.3.1.2	CAMBIOS CONDUCTUALES.	
9.3.1.3	RIESGOS Y COMPLICACIONES.	
9.3.1.4	ASPECTOS MÉDICOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES.	
9.3.1.5	TRATAMIENTO INTEGRAL. MÉDICO, PSIQUIÁTRICO, PSICOLÓGICO, ASPECTOS NUTRICIOS. MANEJO EN CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL DE DÍA, MANEJO HOSPITALARIO. TERAPIAS DE APOYO.	
9.3.2	BULIMIA NERVOSA	
9.3.2.1	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	
9.3.2.2	CONSECUENCIAS FÍSICAS.	
9.3.2.3	TRATAMIENTO INTEGRAL. MÉDICO, PSIQUIÁTRICO. PSICOLÓGICO, ASPECTOS NUTRICIOS.	
9.3.3	TANE	
9.3.3.1	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	
9.3.4	TRASTORNO POR ATRACÓN Y SÍNDROME DE COMEDOR NOCTURNO.	
9.3.4.1	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.	
9.3.4.2	CAMBIOS CONDUCTUALES.	
9.3.4.3	EFFECTOS SECUNTARIOS TR. POR ATRACÓN: OBESIDAD.	
9.3.4.4	TRATAMIENTO INTEGRAL.	
9.4	TCA EN VARONES. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TCA.	
10	TCA Y ADICCIONES.	90
11	PERFIL DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. INSTRUMENTOS PARA TAMIZAJE Y APOYO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA. MOTIVACIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA. CONDUCTA ALIMENTARIA E IMAGEN CORPORAL. EDI. EAT-40. BULIT. CIMEC. BSQ. EMBU Y ALEXITIMIA DE TORONTO.	92
12	PREVENCIÓN DE LOS TCA.	93
13	BIBLIOGRAFÍA.	101

1. Conducta Alimentaria, modelo regulador Bio-Psico-Familiar.

Después de trabajar con pacientes y familias que sufren de trastornos de la conducta alimentaria, por más de veinte años (Barriguete, 1996, 1997, 2006), vemos la necesidad de hacer un alto y proponer una integración actual de los conocimientos, para el tratamiento y para la prevención de los TCA en beneficio de su población.

LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTRUCTURA CULTURAL. (BARRIGUETE, 2005).

“La conducta alimentaria” como todo proceso complejo (Morin), está conformada por varios niveles de representación. Es importante recorrerlos para aproximarse a su entendimiento. Destaca el de “modelo cultural”, que se ha ido imponiendo al paso del tiempo en la sociedad actual, habrá que observar sus éxitos, y buscar comprender sus movimientos, vivo, lento, suave o sacudido, que a lo largo del tiempo transforma las prácticas sociales, y su representación cultural, las conductas alimentarias de la sociedad. Lo que genera una estructura cultural (Duby, 1969, 1997).

Los productos de los medios serán ejemplos importantes a estudiar y las “obras maestras” serios cuestionamientos. Es importante hacer un inventario, de los asientos de la conducta alimentaria en la cultura. Cómo el conjunto de signos y símbolos, que dirigen los mecanismos mentales sociales, familiares y personales, a través de los cuales la mente humana puede aprehender lo real, situarse frente al tiempo, el espacio, frente al otro, y proyectar sus deseos e inquietudes. Los productos mediáticos son los mejores ejemplos, que serán cuestionados por las obras maestras.

Se propone contemplar a la “Conducta Alimentaria” como un representante de un modelo cultural, que se ha ido imponiendo en la sociedad actual. La Cultura impacta no sólo la expresión de los trastornos de la alimentación, sino el desarrollo de la neurosis en general, al modificar las expresiones de estrés y las variaciones del alivio (Nasser, Katzman, 1999). Por lo que la “Conducta Alimentaria” representa el primer modelo regulador Cultural (Barriguete, 2004, 2005) del niño(a) (Barriguete, Botbol, 2000) y su familia (Barriguete, 2003; Maldonado-Duran y Barriguete, 2002), que sienta bases buscadoras de equilibrio, por lo que se constituye como un temprano organizador Bio-Psico-Familiar (BPF), natural a nivel individual y familiar. Esto es, plataforma de la parentalidad (Barriguete, Lebovici, et als 2004; Lebovici, Solís, Barriguete 2002); reguladora de tensión (interna y externa); participante en la generación de representaciones (Stern, 1985); en la relación (Stern, 1984); en pautas y trastornos de conducta (Suárez, Barriguete y Maldonado-Duran, 2004); de la matriz intersubjetiva (Stern, 2004); asociada al modelo de estrés durante el neuro-desarrollo (Treasure, 2003; Ward et als, 2001; Connan et als, 2000; Bleiberg, 2000), asociada a la dimensión familiar (Lilenfield et als, 1998; Strober et als 2000) y parcialmente genética (Bulik et als 1998, 2000, 2003; Kendler, 1991; Wade et als, 2000; Klump et als, 2002); de acuerdo a las modalidades de apego (Bleiberg, 2002; Botbol et als, 2001), de la dependencia (Jeammet, 1989, Jeammet, Corcos, 1999) en sus dos variantes: funcional y disfuncional.

Además asociada estrechamente con los mecanismos de control de peso corporal (Alemany, 2003): en la regulación de la ingesta; control del depósito y eliminación de grasa; y la termogénesis. Asimismo con la actividad física y el ejercicio (Toro, 2003; 2004). La Conducta Alimentaria también es canal de resonancia de la propuesta social y cultural y su

participación a ellas (Barriguete, Moro, Axelrod 2002; Barriguete, 2003^a; Barriguete 2003b; Moro y Barriguete, 1998; Barriguete, Moro, Aguilar, 1998; Barriguete, Reartes, vengas, Moro, 2003d; Barriguete, Aguilar, Moro, 2003e).

De aquí la complejidad del estudio de la “Conducta Alimentaria” y de los trastornos asociados a ella: Anorexia y Bulimia Nervosa; TANE; Trastorno por Atracón; así como los trastornos de la alimentación asociados a la Diabetes M; Obesidad; Desnutrición, etc.

El focalizarnos en la “conducta alimentaria”, del lado de la prevención, permite el trabajo sobre las conductas de riesgo a alteraciones y trastornos de la alimentación, adicciones y a la violencia (Rojo y Sanmartín en la Comunidad Valenciana). Y del lado terapéutico, la organización de la “Conducta Alimentaria” orienta al equipo terapéutico, pues denota la modalidad de relación que matizará y definirá su conducta en general y con el médico en lo particular, a través de la adherencia (WHO, 2003) y posteriormente la alianza terapéutica (Barriguete, 2002^a; Lebovici, Salinas y Barriguete, 2002; Lebovici, Solis, Barriguete 2002; Schmidt, Treasure, 1997), individual (Barriguete, 1991) y familiar (Salinas, 1992). La alianza terapéutica sucede cuando se identifican y se trabajan integralmente a diferentes niveles, en el manejo interdisciplinario Bio-Psico-Familiar (Barriguete, Rojo, Beato, 2005).

Las alteraciones de la “Conducta Alimentaria”, están en el origen de las llamadas “enfermedades crónicas”, al generarse un estado de regresión y de bio-feed back ante un evento traumático y de estrés importante, al buscar en el cuerpo y la mente un modelo interno temprano para enfrentar la situación amenazante.

Esto nos permite entender por qué toda modificación de la “Conducta Alimentaria”, implica una redefinición de la organización BPSC individual y familiar, tarea difícil o incluso imposible, sin los mecanismos y soportes para generar tal modificación, y un argumento actual a favor de la coherencia del enfoque multidisciplinario para el tratamiento y su estudio.

Un planteamiento complejo en el sentido de Morin (1994a,1994b, 2000), que busca: alejar la atomización, soledad, egocentrismo, la degradación de la solidaridad, etc., es fundamental para el entendimiento de los TCA, gracias a la “Organización Bio-Psico-Familiar de la Conducta Alimentaria”, puesto que no sólo nos acerca a la clínica y plantea opciones para la prevención, sino permite reflexionar sobre sus representaciones, historia y antropología de los TCA.

Morin nos recuerda la importancia de la “complementariedad”, al referirse a Pascale, ya que desde el siglo XVII, encontraba cómo todo está ligado, “todas las cosas es ayudada y ayudante, causa y causante”, “y todo se encuentra ligado, asociado, por un vínculo insensible, que re-une las partes más alejadas entre ellas, me parece imposible conocer todas las partes si no conozco el todo, como conocer el todo sin las partes”. Se piensa que el gran interés y su alta preocupación por la “conducta alimentaria” en las sociedades occidentales post-modernas es intenso e irá en aumento, ya que es resultado ante la caída de las grandes ideologías. En el ser humano se derrumba la posibilidad de soluciones vitales que provengan del exterior, y se dispara su soledad, el confrontamiento ante la dificultad de su propia y compleja realidad (personal y familiar), vive la crisis por tener que entenderla u ocultarla, dar solución en el corto plazo, en su realidad actual.

Unido a esto, el ser humano contemporáneo, encuentra por primera vez en la historia, el ábaco para pesar, contar, enumerar su desdicha y miseria a través del peso, y la obesidad como referencia extrema, evocadora de su terrible pesadez (Calvino, 1984, Kundera, 1982), común denominador de la naturaleza humana y eterna búsqueda en fuga. Descubrimiento social tan importante como la perspectiva anatomo-clínica para la medicina (Foucault,

1963), que le permitió observar lo invisible, históricamente el modelo médico adolece de la posibilidad de integrar complementariamente el tratamiento, al haber renunciado a la exploración del sufrimiento (Ricoeur, 1994, Barriguete, Holtz, 1995, Barriguete, Botbol, Holtz, 1999) al priorizar solamente el seguimiento del dolor.

1.1. Consideraciones históricas.

Contemplar la “Conducta Alimentaria” en la base de la problemática de las enfermedades crónicas, en donde se incluyen los trastornos de la alimentación, resulta por demás interesante e innovador, y presenta tres dificultades históricas que limitarán el uso de tal planteamiento, conceptual, preventivo y/o terapéutico: del lado del paciente (i). Pensamos que la “Conducta Alimentaria” en las sociedades occidentales post-modernas es frecuente y lo será mayormente, ya que a la caída de las grandes ideologías en el ser humano se derrumba la posibilidad que las soluciones vitales provengan de afuera. Se dispara el enfrentamiento con la compleja realidad (interna y externa), sucede la urgencia de buscar entenderla y darle solución en el corto plazo, de aquí una de las razones del por qué la “conducta alimentaria”, aumenta su trascendencia, como una acción que tranquiliza, resultado de la ingesta, mas no genera introspección. (ii). Hoy el ser humano encuentra un ábaco para pesar, contar, medir y observar su desdicha y miseria a través del peso y la obesidad como referencia extrema, aunado a todas imágenes evocadoras de la terrible e irremediable pesadez, común denominador de la naturaleza humana, como lo dejó Calvino y nos recuerda a Kundera y su “insoportable levedad del ser”.

Del lado del médico: (iii). Históricamente el modelo médico, resultado del enfoque anatómico-clínico y hoy en la Medicina Basada en Evidencia (en caso de dejar fuera la experiencia del clínico y las expectativas del paciente), adolece de la posibilidad de integrar de manera complementaria y no simultánea el sufrimiento, al tratamiento.

2. Epidemiología de los TCA. Barriguete y L Rojo EUA. España. México.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema emergente en las sociedades occidentales. No es de extrañar que los estudios epidemiológicos en los últimos años no sólo se hayan intensificado, sino, fundamentalmente, refinado en el aspecto metodológico. Esto ha permitido que 1) en la actualidad dispongamos de tasas de la morbilidad de estos trastornos que son relativamente fiables, 2) Que conozcamos de forma más ajustada los factores de riesgo que facilitan su aparición. 3) Que haya tomado cuerpo la necesidad de incluir en los estudios epidemiológicos las formas menores o parciales de los TCA, ante las evidencias acumuladas de encontrarnos ante un espectro de trastornos que se dan en un continuum de vulnerabilidad (Dancyger y Garfinkel, 1995; Cotrufo, Barretta y Monteleone, 1997; Strober et al 2000, Lewinsohn, Sriegel-Moore y Seeley 2000)

En Estados Unidos, Lucas et al (1991) refieren que se ha producido un aumento en la incidencia de Anorexia Nervosa entre las mujeres de 15 a 24 años, especialmente entre los 15 y 19 años.

Además de la influencia de las presiones socioculturales se aducen otras razones para justificar los incrementos descritos por varios autores. Pawluck y Gorey (1998) consideran que estos incrementos detectados fundamentalmente en estudios basados en registros hospitalarios, podría ser un artefacto debido a factores como una mayor conciencia profesional acompañada de una mejor identificación de casos, una mayor conciencia social asociada a una menor estigmatización y un incremento de la búsqueda de ayuda por la familia o el propio paciente.

En Estados Unidos, en población escolar y en una zona semirural, la prevalencia (DSM III) del síndrome parcial de la AN estuvo en un 7,6% para mujeres y en el 0,6% de los varones. Para la BN, la tasa de prevalencia fue de 1,2% en mujeres y del 0,4% en hombres.

Lewinsohn et al (2000) realizan el seguimiento de una muestra aleatoria de estudiantes adolescentes (n=891) a los 18, 19 y 24 años. La prevalencia a lo largo de la vida de formas parciales de TCA fue de 2,0% a los 18 años, 2,8% a los 19 años y del 5,2% a los 24 años.

Todos los autores coinciden en considerar las formas parciales como formas, aunque menos severas, de los TCA, mostrándose favorables a considerar como válida la perspectiva dimensional de estos trastornos. Estas formas incompletas constituyen una parte sustancial de los pacientes que se presentan para tratamiento y que no deben ser obviados en los estudios epidemiológicos, dado que constituyen las formas sin duda más frecuente de los TCA en población general, especialmente entre mujeres jóvenes.

En Madrid, Morande et al. Obtuvieron en 1985 – 1986 una prevalencia de AN del 0,3% con ningún caso entre varones. Para la Bulimia la incidencia fue del 1,2%.

De acuerdo a Rojo et al (2003), la prevalencia de TCA va desde 0,41L% a 5,7% en las poblaciones españolas que han estudiado. Con criterios amplios en España se habla de un 9% en mujeres (Rojo, 2003). El estudio de la conducta alimentaria explora la obesidad al trabajar con el trastorno por atracón (Devlin, 2003), y nos señala que son conductas de riesgo a padecer adicciones (Franco et als, 2004, MILDT, 2003).

Pérez Gaspar et al (2000) es de 0,31% a 4,16% hablando de todos los TCA en estudios españoles.

Utilizando criterios diagnósticos restringidos un 0.9% hombres y 2.8% mujeres sufren de trastornos de la conducta alimentaria en la Ciudad de México (Unikel, 2000). A nivel nacional las cifras de Bulimia Nervosa son del 0.6 % de hombres y 1.8% de mujeres en la población urbana (Medina Mora, 2003).

Resultados. ENSANUT 2006, Conducta Alimentaria. (JA Barriguete-Meléndez et als 2008),

Método. Diseño muestral probabilístico, polietápico, por conglomerados y estratificado. Se utilizó el Cuestionario Breve de de Conductas Alimentarias de Riesgo, en la MHNS 2006, en adolescentes de 10 a 19 años de edad (N=25,166) de ambos sexos, con resultado nacional, por región y tipo de localidad.

Resultados. Intenso miedo a subir de peso en los tres meses previos, reportaron el 6.9% de los niños y 14.8% de la niñas. Atracón se observó en el 8.8% de los niños y 9.4% de las niñas. La Pérdida de control al comer en 4.5% y 5.6% respectivamente. La restricción de la alimentación apareció solamente en un 1.7% de la niñas.

La mayor prevalencia de conducta alimentaria de riesgo se encontró en los jóvenes de 15 años y las de 13 años.

Localidades urbanas presentan el doble de prevalencia que las de tipo rural.

Las diferencias de género fueron de 1 niño por cada 3 niñas. Y diferente a los estudios regionales hechos en población estudiantil que era de 1 niño por cada 9 niñas. Similar al estudio nacional americano¹⁶ Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler 2007.

1. La conducta de atracón fue superior en el estudio mexicano, 8.8% y 9.4% varón y mujer respectivamente, comparado con el 2 y 3.5%, del norteamericano¹⁶ Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. 2007 Esta conducta anormal es clínicamente relevante porque se ha asociado en las enfermedades crónicas y diabetes⁵, 17-19 Stunkard A.J., (1959) Brownley KA, Berkman ND, Sedway AJ, Lohr NK, Bulik MC. (2007). Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV, Zoler DJ, Arnou BA, Wifley DE. (2007).

Y debe explorarse en todo paciente con Síndrome Metabólico. Tan grave como la conducta de atracón, es la de perder el control al comer, por sus efectos en el peso y en el descontrol de la conducta del paciente, se encontró en el 4.5% de los hombres y 5.6% de las mujeres.

El no incluir el manejo y modificación de ambas conductas en la clínica, evita la adherencia al tratamiento. Todas estas alteraciones de la conducta alimentaria deben de ser tomadas en cuenta en el diseño de las estrategias de prevención.

Y finalmente aparece que las alteraciones de la conducta alimentaria, fueron más frecuentes en localidades urbanas, que rurales, sin embargo también existe el problema. 10,11,12. Córdova-Villalobos JA. 2007 Gard MC, Freeman CP. 1996. Nasser M, Katzman MA, Gordon RA (Eds.) 2001.

Y no se trata de un problema que sólo lo sucede en un cierto grupo socio-económico.

Además de la importancia en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, un mejor conocimiento y entrenamiento en estos trastornos, puede mejorar nuestro entendimiento de la adherencia en las enfermedades crónicas, las cuales necesitan de importantes cambios en estilos de vida^{13,14,15}. Smolak L, Striegel-Moore R. 2001. Edmunds H, Hill AJ (1999). Fonseca H, Ireland M, Resnick MD (2002).

Aunado a todo lo anterior, se suma a esta prioridad, que los trastornos de la conducta alimentaria, son considerados como estados de riesgo a las adicciones^{6,7} Devlin M, Golfein JA, Dobrow I. (2003). Franco L, Dorer M, Manzo M, Safia A, Jakson C, Keel P, Herzog DB. 2004. y a la obesidad⁵ Barriguete JA. (2006), dos serios problemas de salud en México.

2.1. Factores de Riesgo en los TCA.

En los TCA han sido implicados una gran cantidad de factores de riesgo. Podríamos citar la historia familiar, la preocupación por la comida y el peso, la obesidad pre-mórbida, obsesionalismo y trastorno obsesivo, trastorno afectivo, rasgos de perfeccionismo, exposición a acontecimientos estresantes, abuso de sustancias y baja estima.

Uno de los principales problemas que se plantean a las investigaciones sobre factores de riesgo es que las muestras proceden en su mayoría de centros especializados, que muy pocos estudios incluyen un control con pacientes psiquiátricos o con otras alteraciones alimentarias o que el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la evaluación de los factores de riesgo es muy prolongado lo que dificulta la delimitación de los factores de significación etiológica de los que son mantenedores o consecuencia del trastorno (Patton, et al. 1999). También, como ya se comentó con anterioridad, se debe recordar que la baja prevalencia de estos trastornos obliga a ser cauto a la hora de generalizar los resultados de estudios que no empleen muestras muy amplias (Patton, et al. 1990).

Kendler et al (1991) en su amplísimo estudio sobre la epidemiología genética de la Bulimia Nervosa describe los siguientes factores de riesgo para la misma: haber nacido antes de 1960, bajo cuidado paterno, historia de fluctuación ponderal amplia, de dieta o ejercicio frecuente, imagen corporal ideal delgada, baja autoestima, locus de control externo y niveles altos de neuroticismo. La dieta y la hiperprotección materna, además del neuroticismo y la baja autoestima aparecieron asociadas con la AN (Walters & Kendler 1995).

A continuación se revisan estudios sobre algunos de los factores de riesgo más frecuentemente sugeridos.

2.1.1. Sexo. Es ampliamente conocido que los trastornos de conducta alimentaria se dan en mujeres con una frecuencia entre 10 a 20 veces superior a los varones (King 1998). Estudios basados en poblaciones, estiman el radio mujer: hombre de 10:1 (AmPAss, 1994; Hsu, 1996). No hay sin embargo evidencias de que esta diferencia se deba a factores genéticos.

Aunque hay alguna evidencia sobre la influencia de un componente genético en la génesis de la AN (Walters & Kendler 1995) éste no parece estar afectado por el género. Los factores biológicos pueden ser importantes en la regulación del peso corporal y en la capacidad de hombres y mujeres para mantener un peso bajo.

2.1.2. Edad. Halmi et al (1979) son los autores de un estudio clásico en el que se describe una distribución bimodal en la edad de inicio de la AN, con picos a los 14.5 y los 18 años. Las pacientes de comienzo más tardío se caracterizaban por presentar mayor pérdida de peso durante la enfermedad, tener más problemas previos de bajo peso, manifestar mayor desacuerdo con su cuerpo y haber tenido más hospitalizaciones previas. Lucas et al (Lucas, et al. 1988) en una serie de 128 mujeres observan que un 72% inician su trastorno antes de los 25 años y el 86% antes de los 30. Hindler et al (1994) estudian un total de 827 pacientes atendidos a lo largo de 30 años por AN en las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria de dos hospitales de ingleses. La edad media de comienzo del trastorno fue de 17.4 años y de 18 años para mujeres y hombres respectivamente. No verifican la distribución bimodal descrita por Halmi et al, aunque encuentran un pico de mayor frecuencia entre los 15 y 16 años. A lo largo de las tres décadas que abarca el estudio observan que la edad de aparición del trastorno se ha mantenido estable, aunque se ha ido alargando el tiempo entre el comienzo y la presentación en las Unidades de Tratamiento. Turnbull (1996), a partir de una base de datos de atención primaria describen que la incidencia más elevada de AN fue entre los 10 y 19 años, mientras que la BN fue bastante más tardía, entre los 20 y 39. Datos coincidentes ofrecen Lewinsohn y Ben-Tovim y Morton (1990) observan que los casos de AN aparecen a lo largo de un amplio rango de edad (como los descritos en los dos últimos estudios citados) por lo que aconsejan que los estudios epidemiológicos con adolescentes no estratifiquen excesivamente las muestras en función de la edad.

2.1.4. Nivel Socioeconómico y Pobreza. Hace más de 100 años Fenwick hizo la observación de que la AN se producía con más frecuencia entre las clases más sanas de la sociedad que entre quienes tenían que procurarse el sustento con su trabajo diario (Gard & Freeman 1996). Desde entonces se ha mantenido hasta nuestros días el estereotipo de una mayor prevalencia de estos trastornos entre clases de posición socioeconómica elevada. Gard y Freeman han revisado un total de 16 estudios desde 1973 a 1995 en los que se analizaba esta asociación. Su conclusión es que las evidencias que sustentan una preponderancia de TCA entre clases altas están basadas en muestras pequeñas y no controladas, fundamentalmente de casos remitidos a centros terciarios. Kendler et al (1991) tampoco encuentran una fuerte evidencia de relación entre BN y clase social. Recientemente Mc Cleand y Crisp igualmente no encontraron evidencia en que la AN estuviera asociada a alto NSE (Mc Cleand & Crisp, 2001). Así como el alto nivel socio económico no está asociado a una mayor incidencia de TCA, la pobreza es un factor que puede complicar el padecimiento y su establecimiento, en tanto que la pobreza influye en el desarrollo infantil así como en su capacidad de adaptación. La pobreza, el acceso restringido a los requerimientos básicos de bienestar, a los servicios urbanos y de salud, todos ellos no sólo influyen en la salud, nutrición, etc., sino que igualmente en el tipo y calidad de las interacciones con los padres, dificultando la temprana identificación de problemas de adaptación.

2.1.4. Dieta. La realización de dieta es con toda probabilidad uno de los factores precursores que implican más riesgo para el desarrollo de TCA y en donde encontramos que igualmente los padres influyen en los pequeños hablando del tema como un tema de socialización y que define la vida adulta de las mujeres y últimamente de los hombres. Hoy parece

que las niñas en lugar de jugar a las muñecas, mejor juegan a hacer dietas. Recientemente atendimos en consulta a una pequeña de 7 años que temía subir de peso, en la entrevista apareció que a lo que le tenía miedo era a ser gorda y recibir el maltrato que otra otra niña recibía de parte de todas las niñas, “no quería ser maltratada por ser gorda”.

Encontramos actualmente que los niños y mayormente las niñas mexicanas se preocupan demasiado por su cuerpo y su peso de manera exagerada. Gómez Pérez-Mitre (1997) estudió a 1214 niños entre 9 y 13 años de edad del México, D.F. utilizando una escala de imagen corporal y midiendo su índice de masa corporal, encontro que: Un 47% de niñas y niños expresaron: “me preocupa mucho mi cuerpo”; Un 75% niñas y 65% niños expresaron: “me preocupa mucho llegar a estar gorda(o)”; Actualmente se encuentran; delgada y muy delgada un 66% de niñas y un 39% de niños; con la expectativa de una figura ideal delgada y muy delgada en 91% de las niñas y 35% de los niños.

Los estudios longitudinales de pacientes con estos trastornos parecen demostrar que el hacer dieta es un factor de riesgo para padecer TCA. King (1989) aplica el EAT (Eat Attitudes Test), a 720 pacientes de atención primaria. Sigue durante 18 meses a los casos posibles y a una submuestra de controles aleatorios. Concluye que la dieta sobresale como precursor frecuente de los TCA.

Patton et al (1999) hacen un estudio de seguimiento de casos y controles de una población de chicas de 15 años a la que seleccionaron en función de las puntuaciones del EAT y el GHQ (cuestionario de cribaje de salud mental). En la evaluación que hacen a los 12 meses tenemos que: Un 31% de las chicas de la población hacía dieta. Aunque en la mayoría de las ocasiones la dieta no tuvo un efecto pernicioso. En el seguimiento la mayoría de los nuevos casos de TCA se produjeron entre aquellas que hacían dieta. El riesgo relativo de desarrollar un TCA estaba multiplicado por 8 entre quienes hacían dieta respecto a las que no la hacían. De todas las variables que investigan, el cambio en la puntuación en el GHQ fue la única variable que permitió diferenciar a las chicas que hacían dieta y desarrollaron una TCA de las que no.

La presencia de psicopatología general puede actuar mediando el efecto de la conducta de dieta para que se desarrolle un TCA. Patton et al (1999) realizan un estudio de los factores predictores de aparición de nuevos casos de TCA. La población de 2032 adolescentes de 14-15 años seleccionados de modo aleatorio de escuelas secundarias en Victoria (Australia). Estudian de modo prospectivo a los 3 años a esta población. Las mujeres que hacían dieta de modo intenso tuvieron un riesgo 18 veces superior de desarrollar un TCA que las que no la realizaban. Cuando la dieta era sólo moderada el riesgo era 5 veces superior. Otro resultado de gran interés es que cuando se controlan las variables dieta y morbilidad psiquiátrica, ni el IMC (Índice de Masa Corporal), ni el ejercicio intenso ni el sexo fueron predictores de la aparición de nuevos TCA. La mayor frecuencia de conductas de dieta y de morbilidad psiquiátrica entre las mujeres, más que el sexo de por sí, son las variables que más parecen promover la mayor morbilidad de TCA en el sexo femenino.

2.1.5. Urbanización. En un estudio en Holanda, observan que las tasas de morbilidad de AN no variaban en función del origen rural o urbano de los probandos. Para la BN sí se obtuvieron variaciones con tasa de incidencia menor en áreas rurales, intermedias en áreas urbanizadas y mayores en ciudades de más de 100.000 habitantes.

2.1.6. Migración. Como se mencionó anteriormente la migración es un factor de riesgo para el niño y niña, dado la multiplicidad de cambios generados por la modificación del entorno y las de respuesta que demanda (Moro, 1994, p 24).

2.1.7. Morbilidad Psiquiátrica. Patton et al (1999) en su estudio sobre factores de riesgo,

especialmente en formas parciales de TCA, observan que la presencia de otro diagnóstico psiquiátrico es un factor de riesgo, independiente de la dieta, para el desarrollo de estos trastornos. Cuando se controla la realización previa de dieta, las pacientes con otro “diagnóstico psiquiátrico” tienen un riesgo multiplicado por 6 de desarrollar un TCA por primera vez.

Kendler et al (1991) detectaron una comorbilidad significativa entre AN y BN con trastornos afectivos (Depresión Mayor y Distimia), Trastornos de Ansiedad (Ansiedad de Separación; no Fobias ni Trastorno de Pánico) y Abuso de Sustancias (alcohol y otros tóxicos).

Garfinkel et al (1995) en su estudio sobre casos de BN de origen comunitario encuentran que no existen diferencias entre formas completas y parciales en su asociación con Trastorno Depresivo Mayor (riesgo multiplicado por 3) y con Trastorno de Ansiedad (fobia simple y fobia social; riesgo multiplicado por 2). Sólo en la BN completa había un riesgo incrementado de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Agorafobia y Pánico. También en las formas completas de BN detectaron una frecuencia mayor de problemas familiares de alcoholismo, depresión, tentativas de suicidio y de conductas antisociales.

La Enfermedad Mental Parental es una limitante importante ya que no posibilita una relación parental “suficientemente buena” para el lactante (Séller y Dickstein, 1993). Estudios referentes a la depresión, esquizofrenia, adicciones y trastornos de la alimentación, muestran que las madres no pueden reconocer las necesidades fisiológicas de su bebé, y responden principalmente a sus temores reflejándose en el tipo de maternaje (Brinch et al, 1992). Padres adictos es igualmente otro indicador de morbilidad psiquiátrica cual factor de riesgo de TCA en los hijos. En México es un problema serio, el alcoholismo representa el 9% del peso total de la enfermedad (Frenk et al, 1994), la muerte por cirrosis ocupa el 1er. Lugar en la población masculina joven, el uso de la cocaína ha aumentado en los sectores pobres (Solís Rojas 2000). Con mecanismos fisiológicos y conductuales que pueden afectar al niño directamente (prenatal) e indirectamente (postnatal), a corto y largo plazo, son un serio factor de riesgo. De aquí la necesidad de un trabajo estrecho entre los especialistas en adicciones, salud mental infantil, educadores y padres de familia (Zuckerman, 1993).

2.1.8. Genética. Los estudios genéticos realizados con muestras amplias tienden a apoyar la influencia de los factores hereditarios en estos trastornos. No obstante siempre queda un margen importante de influencia ambiental. Las conclusiones sobre la influencia de la genética en los TCA pueden extraerse de la revisión que hacen Bulik et al (2000) de los estudios sobre transmisión genética de los TCA.

Con respecto a la AN sólo dos estudios han explorado las contribuciones genéticas y ambientales en la etiología de la AN en una muestra poblacional.. Las tasas de concordancia en gemelos MZ y DZ para una definición amplia de AN fueron del 10% y 20%. La escasa frecuencia de la AN y el bajo poder del estudio por el tamaño muestral imposibilitan extraer conclusiones sobre la contribución de los factores genéticos y ambientales en la etiología de este trastorno.

En un estudio biviariado posterior que analiza AN y depresión mayor, la heredabilidad de la AN se estima en el 58% y se encuentra una asociación genética entre depresión y AN. Hay por tanto datos sobre el carácter familiar de la AN, sin que se pueda decir más por el momento a la espera de estudios con muestras más amplias. En el caso de la BN, los estudios clínicos y comunitarios son llamativamente consistentes en la relativa contribución de los genes y del ambiente compartido en su etiología (Kendler et al. 1991).

En los estudios con mayor potencia.- dos estudios con gemelos.- hay una fuerte evidencia de que una proporción razonable de la agregación familiar observada en la BN es debida a

efectos genéticos. Aunque el ambiente compartido es también importante, su contribución es menor que los efectos genéticos aditivos. El ambiente compartido puede tener un efecto particularmente relevante sobre la preocupación con el peso.

2.1.9. Maltrato. El maltrato representa una larga y triste lista de situaciones que la denotan, como el abuso físico, el cual sucede principalmente en menores de un año y de 1 a 6 años (Schmidt, 1992, citado en Mrazek, 1993. p 159). Los lactantes con llanto profuso son los de más alto riesgo y los signos van desde pequeñas marcas, hasta fracturas y lesiones intra-abdominales, existiendo siempre antecedentes de maltrato en los padres. Abuso sexual, principalmente en menores de 6 años, frecuentemente el abusador es parte del entorno próximo del niño(a), padres, familiares, amistades, y el niño(a) no lo denuncia como tal por las mismas razones. Desnutrición, como una forma de abuso y abandono en niños(as) menores de 2 años, no se les alimenta adecuadamente y con cierta frecuencia los padres padecen de alguna enfermedad mental. Todos estos son ejemplos de maltrato, que se considera factor de riesgo al funcionamiento disociativo y a los TCA, como lo señalan Vanderlinden y Vandereycken et al (1993, 1997, 2003).

2.1.10. Problemas para comer en la temprana infancia y problemas digestivos. Se ha encontrado en un estudio longitudinal interesado en la alimentación, que problemas para comer y alimentar, y problemas digestivos (Marchi, 1990), problemas digestivos y “picky eating” (tiquismiquis), están relacionados prospectivamente en síntomas anorécticos subsecuentemente, y cuando existieron síntomas anorécticos, se relacionan con padecer AN.

Kotel et al. (2001), en un seguimiento entre la edad de 1 a 10 años, encontró que frecuentes conflictos por la alimentación, comidas desagradables durante la infancia, eran datos predictibles de TCA. Jacobi (2005), refiere que el ser extremadamente remilgoso(a), síntomas anorécticos durante la infancia, problemas digestivos tempranos o relacionados con el comer, aunado a continuas peleas durante las horas de la comida, y ambiente desagradable, son considerados factores de riesgo para presentar una sintomatología anoréctica o incluso AN, aunque no se ha determinado la especificidad de tales problemas para comer y gástricos.

2.1.11. Por tipo de TCA.

2.1.11.1 Anorexia Nervosa. Factores de riesgo (Jacobi, 2005).

Nacimiento. Factores genéticos; género; origen étnico; complicaciones en el embarazo y edad gestacional, prematuridad, trauma al nacimiento, temporada al momento del nacimiento.

Infancia. Problemas de salud; problemas digestivos, remilgosa(o) con los alimentos, síntomas anorécticos; conflictos para y durante las comidas, discusiones, peleas desagradables; adopción. Con correlato retrospectivo: Problemas para comer, de alimentación y gastrointestinales; T. Sueño; parentalidad con alta preocupación; T. Ansiedad; Transculturación; T. y rasgos Obsesivo Compulsivo; abuso sexual y eventos adversos; abandono, vergüenza y sentimientos de inferioridad.

Adolescencia. Edad adolescente; pubertad temprana; preocupación, angustia por el peso y dieta (vómito). Con correlato retrospectivo: Ejercicio de alto rendimiento; T. Obsesivo Compulsivo; T. Dismórfico de Imagen Corporal; alta exposición a entorno de riesgo: perfeccionismo, negativismo, sobrevalorar a la imagen corporal.

2.1.11.2. Bulimia Nervosa.

Nacimiento. Factores genéticos; género; origen étnico. Con correlato retrospectivo: Complicaciones en el embarazo.

Infancia. Problemas de salud; depresión y ansiedad; abuso sexual/maltrato. Con correlato retrospectivo: T. Ansiedad; Obesidad; Transculturación.

Adolescencia. Edad adolescente; pubertad temprana; preocupación, angustia por el peso y dieta (vómito) / Imagen corporal negativa; baja autoestima / Inefectividad; comorbilidad psiquiátrica / Afectividad negativa; consumo alcohol; impopular / Agresividad / en las sub-escalas del YSR (Youth Self-Report): alta neurosis; eventos vitales negativos; baja interocepción; manejo de situaciones difíciles/Evitación y escape; bajo apoyo social. Con correlato retrospectivo: Abuso sexual / eventos vitales adversos; alta exposición a entorno de riesgo: experiencias familiares adversas; alcoholismo parental; depresión; abuso de drogas; obesidad parental; crítica y comentarios parentales sobre peso y figura; poco contacto; expectativas excesivas. Fobia Social; síntomas prodrómicos; gran nivel de timidez y pena.

2.1.11.3. T. Atracón.

Nacimiento. Factores genéticos (mujer:hombre factor 2.5:1); género; grupo cultural (caucásico y afro-americano).

Infancia. Abuso sexual Maltrato físico. Con correlato retrospectivo: Registro de rechazo o maltrato paterno. Obesidad.

Adolescencia. Dieta (restricción); Baja estima; gran preocupación, preocupación por una imagen idealmente delgada y registro de presiones sociales; eventos vitales negativos; manejo de situaciones difíciles c / Evitación y escape; percepción de pobre soporte social. Con correlato retrospectivo: Alta exposición a entorno de riesgo: negativa auto-evaluación; depresión mayor; serios o evidentes problemas de conducta; auto-flajelación; crítica y comentarios parentales, expectativas excesivas; afectos mínimos; sub-involucramiento parental; cuidados maternos bajos y sobre protección. Abuso sexual / repetido abuso físico. Intimidación, discriminación, comentarios críticos de la familia sobre peso, figura y alimentación, y burlas sobre figura, peso, alimentación y apariencia.

2.1.11.4 Síndrome de Comedor Nocturno. (SCN).

Edad adulta. Las conductas de riesgo que se han asociado a este síndrome se refieren a no tener orden en su alimentación durante el día, no tener horarios y tener antecedentes de AN durante su vida o de episodios depresivos. Y los trastornos del sueño.

3. Aportaciones de la Psiquiatría Perinatal al Estudio de la Psicopatología de los TCA.

El concepto de Psiquiatría Perinatal, se fundamenta en varias nociones: el de la especificidad de la patología de este periodo de la vida, en la continuidad de la vida psíquica (Mazet, Lebovici, 1998), en la confluencia de los factores biológicos y su entorno familiar, social y cultural. Así como la simultaneidad, lo complementario y lo continuo de los procesos de desarrollo. Gracias a su obligado enfoque complementario también la autoriza a enriquecer su reflexión con otras perspectivas científicas como la etológica, destacando la teoría del apego, la teoría general de sistemas y la antropología, y siempre cerca de la pediatría y la ginecología en beneficio de sus muy jóvenes pacientes y sus familias. Destacan en el pequeño los problemas en las interacciones con su madre y entorno, los trastornos de afecto, de ajuste, o regulatorios, del sueño, y para nuestro interés los del área de la alimentación, relación y comunicación, igualmente por la madre y la familia (incluyendo al padre), las psicosis, depresiones y trastornos ansiosos postnatales, en todos éstos no se puede tratar a uno sin incluir al otro y en el otro.

3.1. Prevención.

La psiquiatría perinatal cuenta con la observación no sólo como técnica para la explo-

ración del desarrollo y como maniobra terapéutica, sino igualmente para la prevención, e incluye: madre, padre, hermanos, abuelos y familia, aprovechando la fuerte inercia natural que implica el desarrollo (filiación, maternaje y parentalidad). Es preventivo a los tres niveles el trabajar con lactantes y ofrece reflexiones que pueden ayudarnos en etapas posteriores con las adecuaciones pertinentes, incluso con las creativas modalidades de intervención terapéutica. Y si nuestro espacio y objetivo de trabajo es la conducta alimentaria, qué mejor que participar en ellas desde un inicio.

3.2. Modelos de Desarrollo y Desarrollo del Riesgo.

Existen diferentes y variadas maneras de pensar la adversidad y de reflexionar acerca de la vida, por ejemplo el que la visualiza como cúmulo de situaciones difíciles a superar y que será a través de la solución de los problemas que se avanza y crece (Sameroff, 1993). Tenemos ejemplos en todas las áreas, cognitivas, motoras, emocionales, etc., en las que el superar los retos, desafíos y limitaciones marcan al desarrollo. Es importante recordar que no necesariamente la limitación o la adversidad son el común denominador del trastorno, pueden ser momentos críticos del desarrollo que se reflejen por una inestabilidad temporal del equilibrio, por ejemplo de la relación madre – bebé, pero no implica una ruptura de la relación o de la línea de crecimiento cualitativo.

3.2. Condiciones de Riesgo y Factores de Protección.

La prevención y clínica del bebé han crecido muy de cerca, ya que la idea de pre-ver antes de que los problemas sean severos o enraizados en la conducta y en la personalidad han hermano algunos factores de riesgo y de protección. El poder identificar dichos factores facilita focalizar ciertas poblaciones de riesgo a desarrollar psicopatología y des-adaptación, permitiendo diseñar modelos específicos de intervención (Zenha, 1993).

Las condiciones de riesgo al igual que los factores de protección son una adecuación en donde se suman factores que facilitan el desarrollo y las condiciones que lo limitan, pero siempre asociadas a las situaciones individuales, ya que cada bebé y familia son diferentes. Serán varios los escenarios que han mostrado a lo largo de los tiempos ciertas condiciones de riesgo, que no implican fracaso necesariamente, pero si la necesidad de una atención especial y esfuerzos particulares para que suceda el desarrollo armónico de todos los personajes. La suma de los factores aumentará la posibilidad de riesgo de problemas emocionales. Desagradablemente en nuestro país, así como en América Latina los factores de riesgo de una sociedad desarrollada cohabitan más de lo que quisiéramos con los de país del tercer mundo, pobreza, prematures y enfermedades, maternidad adolescente, enfermedad mental de los padres, adicciones, maltrato y migración.

3.4. Interacciones Precoces, Conducta Alimentaria y Desarrollo.

3.4.1. Fundamentos.

El reto de entender cualquier tipo de conducta en los seres humanos, nos empuja a echar mano de los diferentes enfoques que exploran el funcionamiento mental, respetando el valor mismo de la conducta al profundizar en la misma, ya que durante alguna época se llegó a pensar en la conducta como una simple vicisitud de la función mental, lo cual nos alejaba del valor afectivo, así como de la fuerza de la relación como promotora del desarrollo y generadora de cambio y en especial lo referente a la “Conducta Alimentaria”.

Para entender la “Conducta Alimentaria” durante la época perinatal y toda esta serie de procesos asociados y co-dependientes (Lebovici, Soulé, 1970), es importante poder tomar

en cuenta las interesantes aportaciones en diferentes campos del saber: (i). La observación directa de las interacciones padres-bebé (longitudinal y transversalmente); (ii). El estudio del funcionamiento del lactante a partir de las experiencias clínicas; (iii). La psicopatología del lactante y su familia; (iv). El tratamiento de los problemas del comer y la alimentación infantiles y adolescentes, y la reconstrucción de las experiencias; (v). La experimentación en el desarrollo temprano; (vi). Los estudios inter-culturales, de los bebés y familias en otras culturas revisando la alimentación, migración, etc.; (vii). El tratamiento de los problemas del adolescente y del adulto y la reconstrucción de las experiencias; (ix). La etología y el apego; (x). Las investigaciones neuro-químicas y neuro-fisiológicas. Toda esta serie de estudios a través de sus alcances y limitaciones han generado modificaciones en los marcos de referencia clásicos del estudio del desarrollo y manejo de los problemas perinatales, posibilitándonos poder aproximarnos a procesos humanos de manera más temprana y mayormente específica.

Para acercarnos a entender lo que pasa con el lactante (del nacimiento a los 3 años WAHIM) y su entorno (mamá, papá, hermanos, abuelos, etc), e ir descubriendo cómo se monta la “Conducta Alimentaria” como modelo modulador de tensiones y puente de relación, tenemos que pensar en un enfoque que nos permita entender la complejidad del funcionamiento humano, desde sus inicios, tomando lo mejor de cada disciplina y renunciando a la posibilidad de una disciplina total, que nos explique todo.

Es importante contar con un enfoque complementarista que nos permita articular lo pluri-disciplinario (Holton 1974, Devereux 1970, Barriguete, Moro y Aguilar, 1998c). Solo una perspectiva similar nos posibilita el trabajo en las diferentes dimensiones que comprenden lo perinatal en nuestra práctica clínica con el lactante y su familia, en donde es tan necesario el psiquiatra como el pediatra, el psicoterapeuta, que la trabajadora social o la enfermera, el lactante y su familia.

3.4.2. Las Interacciones Precoces.

Desde 1980, Kreisler & Cramer (1981) y Lebovici (1983), rescatan el factor interactivo de las relaciones tempranas y la importancia de la relación con sus respectivas “interacciones imaginarias y de la fantasía” en las llamadas “interacciones precoces”, que incluso llegarían a ser “precocísimas” al referirse al recién nacido. Y a través de las cuales el cuerpo de la madre y de su bebé generan una unidad diádica, en donde suceden los cuidados tempranos, y en donde la alimentación ocupa un lugar muy especial, base del desarrollo psicológico del bebé y de sus padres, en el proceso de desarrollo de la parentalidad.

Con el “holding, handling, object presenting” Winnicott (1960) evoca la “estructura bebé-cuidados maternos” (de los cuales forma parte el padre), y conforman una unidad. El “holding” (sostén) es el conjunto de cuidados que la madre da al bebé, siendo la “Conducta Alimentaria” uno de sus más claros ejemplos, respondiendo a sus necesidades fisiológicas específicas de acuerdo a sus propias sensibilidades táctiles, auditivas, visuales. Tales cuidados se adaptan a los cambios físicos y psicológicos del bebe.

El objetivo fundamental del “holding” es el sostenerlo físicamente, para que emocionalmente pueda moverse libremente, el centro de gravedad del bebé no se sitúa en su cuerpo sino en el de su madre. La madre para poder dedicarse al bebé debe poder contar con alguien que se ocupe igualmente de la continuidad de ella, de lo contrario puede caer en los excesos de la devoción o la intolerancia, y no un entorno seguro al bebé. Aquí encontramos la importancia de la figura y participación del padre del bebé, cual pareja de la madre. “Podemos ayudar a mejorar su labor a las madres que tienen en ellas la capacidad de ofrecer cuidados

suficientemente buenos; es suficiente con ocuparse de ellas de tal manera que reconozcan la naturaleza esencial de su trabajo”, Winnicott (1969).

Esta relación temprana es en donde la “madre suficientemente buena” no solo cuida, alimenta, acompaña, protege y acoge a su bebé, sino incluso se anticipa a las necesidades de éste, generando la sensación de un “continuo de existencia” que incluye procesos físicos como emocionales del bebé, enlazados en los maternos y paternos. Modalidades de estas anticipaciones en los cuidados tempranos son la “capacidad de arrullo y de consuelo del padre” (Barriguete y Soto, 1997, 1998, Barriguete, Lebovici, Salinas et al. 1998, Barriguete, Lebovici, Salinas et al. 2002, Barriguete, Lebovici, et al. 2002), en donde se observa la importancia de la imaginación y fantasías de los padres en sus intercambios tempranos con sus bebés, puesto que esas anticipaciones modelan el maternaje (suma de actitudes y acciones maternas y paternas).

Encontramos que serán escenarios según describe Stern (1985), que acompañen, faciliten y contextualicen las interacciones madre-lactante y no podemos entender algo sin incluir a todos, ni correr el riesgo de deshacer el todo por reducir las cosas, como ese “hilo rojo” sobre el cual escribió Goethe y Freud se inspiró para hablar de lo inconsciente. Los interesados en el desarrollo observamos que el funcionamiento mental está íntimamente relacionado con las interacciones precoces, en donde se sucede “La Transmisión Transgeneracional” descrita excepcionalmente por Lebovici (1998).

3.4.3. La Escuela de Bobigny.

Lebovici, Mazet, Moro y Solís, proponen una psiquiatría perinatal que sistematiza el estudio del desarrollo, de la clínica del bebé y su familia. Sobresale su enfoque clínico. La “Consulta Terapéutica” (Lebovici 1983, Mazet 1993) continúa y amplía la línea de Winnicott (1965, 1971). Resulta interesante integrar al énfasis de la “prima relación”; al padre como un factor más que se une y potencializa tales procesos dentro de la complejidad de las relaciones tempranas, como facilitador y no sólo como el representante de la prohibición promotora de estructura.

3.4.4. La Transmisión Transgeneracional.

La “Escuela de Bobigny” ha hecho énfasis en ampliar y apuntalar el estudio del desarrollo temprano, reforzando la importancia de la transmisión transgeneracional, lo que viene de padres y abuelos.

3.4.5. “El Árbol de la Vida” o “genograma psíquico”.

Dentro de sus propuestas Lebovici, (1991, 1992, Lebovici, Solís, Barriguete, 2002) visualiza la fuerza creativa del recién nacido y del nacimiento en sí, y la fuerza terapéutica de aprovechar la inercia de las intervenciones precoces. Lebovici propone un trabajo generacional a partir de lo que él nombra el “Árbol de la Vida” o genograma psíquico, cuya obertura se inicia en y con la llegada del recién nacido, actor de la nueva generación de la nueva manera de hacer, generar y nacer, propia y de su entorno.

Puesto que es la vida psíquica lo que permite la existencia de nuestros ancestros, de aquí que cada momento crítico del desarrollo individual, así como de pareja y/o familiar invita u obliga a un rediseño del “Árbol de la Vida”. Nos recuerda que no sólo el pasado es lo que determina el presente, sino que a su vez el presente permite que el pasado exista, pues todo es reinicio, e invariablemente nuevo comienzo en cada etapa del desarrollo. Encontraremos especialmente en estos momentos tempranos los conflictos de las generaciones pasadas que presionan al señalar y más aún al ocultar formas de relacionarse, representar y representarse. A través de esta perspectiva es interesante seguir la secuencia que nos lleva de la filiación a la afiliación.

3.4.6. La Transmisión Intergeneracional.

Lo que viene de padres a hijos. Un continuo interactivo de la filiación a la afiliación. Filiación, lazo que une a un individuo con su padre y/o madre, incluye la transmisión de la parentalidad, las relaciones de descendencia que une a dos generaciones; implica el engendrar así como la procreación. Se utiliza para hablar de un padre y su descendencia masculina; la transmisión del nombre del padre. Afiliación; inscripción a un grupo, pertenencia o existencia de lazos. En el S. XVIII definía el proceso de adopción.

Entre los fenómenos de transmisión y los procesos de subjetivación, se entiende a la filiación como un derivado del desarrollo, en donde se generan de manera complementaria los nacimientos psicológicos del bebé, y el de la madre y el padre. Será de entre las fisuras de los procesos de filiación y afiliación de los padres, en donde encontramos que surgen “las compañías inquietantes” como las de los “fantasmas del cuarto de los niños” que señala Fraiberg, (1975): “existen fantasmas en todos las recamaras de niños. Estos son visitantes que surgen del pasado olvidado de los padres; ellos no son invitados al bautizo. En circunstancias favorables, estos espíritus hostiles e inoportunos son corridos de las recámaras de los niños y regresan a sus moradas subterráneas”. En este párrafo nos recuerda la autora cómo la historia parental modula el mundo imaginario del recién nacido y el interés del cuidado de ella para el bienestar del bebé.

La problemática afectiva en esta época tiene varios orígenes:

- I. Cuando los padres ubican su conducta alrededor de sus conflictos infantiles, y permanecen bloqueados, sin poder descubrir a su bebé.
- II. En muchas ocasiones la negativa a asumir su rol de género o generacional, nos muestra la permanencia de restos de conflictos infantiles no elaborados, incluso existentes entre los padres y abuelos. De aquí la función sustitutiva que llegan a tener estos bebés.

Lebovici (1992, Mazet & Stoleru 1993, Moro 1994, Solís 2002) plantea que el “genograma psíquico” o el “Árbol de vida” de un individuo nos envía de forma interactiva al menos a cuatro diferentes tipos de representaciones de los padres sobre el bebé, que hablan de cómo lo representan (al bebé) y como se representan (como padres), las cuales son objeto de exploración clínica en la “consulta terapéutica”, generadores de la “parentalidad”, dirían Lebovici y Solís.

3.4.7. Bebés, niveles de representación

El bebé real: el de las interacciones, de las capacidades propias y tempranas.

El bebé imaginario; esencialmente pre-consciente, elaborado durante el embarazo, en la “ensoñación diurna” de los padres, deseo del sexo del futuro bebé, de sus temores etc. Es en este espacio donde sucede la elección del nombre y otros procesos llenos de expectativas e idealización. Todos ellos influenciados por el tipo de relación conyugal de los padres.

El bebé de la fantasía; esencialmente inconsciente, representa las raíces infantiles del deseo de tener un bebé, en donde aparece el deseo de concepción de la madre. Los conflictos infantiles no elaborados dirigen fuertemente las notas de esta dimensión intra-psíquica.

El bebé cultural (Moro, 1995); portador de la sombra cultural, del pasado trans-generacional. Evocador de la dimensión ontológica, lo que toca a la naturaleza del origen de las cosas baña esta dimensión. Las teorías etiológicas jugarán roles interesantes en los momentos de crianza, tensión, enfermedad, o pérdida, que buscarán encontrar soluciones a las problemáticas cotidianas de la parentalidad. Debemos tomar en cuenta que es evidente y contundente cuando trabajamos con pacientes provenientes de otras culturas y con otras lenguas.

De ello se hablará detalladamente en la segunda parte: psiquiatría perinatal intercultural.

El desarrollo (Sameroff, 1993), sucede simultáneamente en el núcleo del si-mismo y en las representaciones de los cuidados tempranos; sensorialidad y vida emocional se conjugan para dar lugar a las representaciones mentales. Antes del tercer trimestre del primer año suceden los procesos de subjetivización, que evocan el inicio a la inter-subjetividad, como lo señala Stern (1993, p 13-90) a través de las “envolturas pre-narrativas”. Una unidad base de experiencia subjetiva de la realidad psíquica infantil.

En lactantes de menos de un año se concibe una envoltura pre-narrativa para las experiencias en donde los cambios suponen transiciones progresivas del estado motivacional y afectivo así como de las acciones, incluso en micro-situaciones. Se trata de un conocimiento procedural más que declarativo, semejante a los RIG's (representaciones generales interactivas) sugeridas por Stern. Se trata de un esquema de acontecimiento sentido – experimentado.

3.4.8. La figura del padre.

El asumir la necesidad real, imaginaria, fantasmática del la figura paterna, es dejar de poner en la mujer toda la responsabilidad del desarrollo y de sus vicisitudes. Los lineamientos que determinan la conducta masculina están determinados tanto por su desarrollo, como reforzados o influidos por sus actividades, responsabilidades, expectativas propias, grupales, familiares y culturales, las cuales son complementarias a las conductas femeninas.

3.4.8.1. La Capacidad de Arrullo y Consuelo.

Existen en el padre capacidades que facilitarán el maternaje a través de las interacciones directas e indirectas con su bebé. Dentro de ellas existe una que destaca una capacidad que marcará sensiblemente los dominios relacionales del bebé, la madre y del padre mismo, la “capacidad de arrullo” (Barriguete 1997, 1998, 2002).

Toda relación llega a momentos de “impasse” y su resolución o no, marcará fuertemente a los protagonistas, proporcionándoles nuevos instrumentos o por el contrario los irá acorralando hacia la desesperación y la repetición de conductas. En esas primeras semanas de noviciado múltiple y mutuo, de la llegada del bebé a la casa, suceden momentos críticos acompañados por el llanto del recién nacido, en esos momentos cuando el padre toma el relevo y carga a la criatura, aunque tampoco sepa qué hacer, es por lo pronto para permitir que su mujer descanse un poco, de su trabajo de mamá, posibilitándole ser una “madre suficientemente buena”.

El padre tendrá que ingeniárselas para ver qué hacer con su bebé, serán muchas las ideas que pasarán por su mente, aceptar las limitaciones de ser hombre, “nunca nadie le dijo que hacer en estos casos”, tendrá que inventar arrullos, movimientos y sonidos que busquen calmar al bebé mientras lo carga, lo porta, lo sostiene, habiendo calmado a su vez a la madre al relevarla del cargo de ser la única responsable de la tranquilidad de su hija(o). Aquí nos encontramos con la función directa del arrullo sobre el bebé y la indirecta sobre su mujer; la madre del bebé.

En los trastornos de la alimentación en donde están anudados lo real, lo imaginario, lo fantasmático y lo cultural, encontramos en la historia clínica una importante dificultad en la capacidad de arrullo en el padre de estas pacientes que en la actualidad se refleja en una pobre capacidad de consuelo (Barriguete 1997). La capacidad de arrullo, es un ejemplo de esos momentos vitales en donde lo intra-psíquico y lo relacional encuentran una situación especialmente fértil, pues están guiados por la “sintonía afectiva” siguiendo a Stern, la cual expresa en el mejor de los casos el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, que amplía y actualiza los procesos de identificación, imitación, y empatía, característico de las interacciones precoces.

3.4.9. Triada, triadificación y triangulación.

Existen varios términos que hablan de las triples dimensiones señaladas por Golse (1997, 1998, 1999): la triada, la triadificación y la triangulación. Cuando se trata de adultos que cuentan con representaciones mentales diferenciadas (entre el sí-mismo y el otro y la noción de estar-con) de ser tres (triangulación), crean espontáneamente en sus interacciones psíquicas espacios diferentes (triadificación), necesarios para que los lactantes accedan a la concepción de un esquema de estar-a-tres. Esto supone un funcionamiento mental estructurado en los padres, con una “individuación relacional”, sugerida por Stierling y Weber (1989). La relación de pareja estará situada dentro de esta dimensión, la noción de proximidad y libertad relativa, en donde la individuación sea un logro, más de que una defensa.

Los padres organizan el espacio psíquico de manera tal que el bebé pueda tomar un lugar en la triada siendo condición necesaria, pero no suficiente para que el bebé tenga subjetivamente el sentimiento de “estar-a-tres”. La aparición de la intersubjetividad (entre el 70. al 90. Mes, hasta el 15 o 180. mes) permitirá al bebé pasar de la triadificación conductual a la triadificación intrapsíquica, que de alguna manera prefigura la triangulación edípica. Recordemos que durante este tiempo el bebé adquiere el sentido del si-mismo dentro y a través del dominio relacional inter-subjetivo, compartiendo experiencias, atención, intenciones, humor, preocupación, estados afectivos con su entorno.

La triangulación, señala Ody y Smadja (1995), es una etapa temprana en donde se llevará a cabo la diferenciación progresiva, para constituirse en una unidad entera y separada del entorno. Sabemos de parte del bebé que desde las primeras horas y días de nacido ya experimenta procesos cognitivos que muestran su muy temprana capacidad para explorar el mundo e incluso para categorizar sus experiencias. Muestra de su incipiente autonomía perceptual, así como su necesidad de relaciones, que genere espacios de dominio relacional como lo señala Stern. En la búsqueda del momento que enuncie la triangulación (la existencia mental del tercero, del no-otro), la angustia del 6°-8° mes ante la cara del extraño, organizador de Spitz (1968), sigue siendo ejemplo de la percepción activa del otro.

3.10. El Apego.

La Transmisión Intergeneracional (padres – hijos), pasa por el apego: La Transmisión de los Modelos Internos de Apego. Se trata de los conocidos “internal working models” de Bowlby (1988), desarrollados por Mary Ainsworth en estudios con la madre, y mas sólidos con la figura del padre con Main (1981).

Los aspectos cualitativos de apego son durables y permiten predecir el tipo de seguridad del niño, en particular en los momentos de separación. Las modalidades de apego pueden ser predictivas a partir de la calidad y la sincronía de las interacciones precoces. Existe una cierta continuidad entre el tipo de apego que se constituye con el bebé de un año y el apego que siente por él su madre. Todo se pasa como si pudiésemos hablar de una transmisión intergeneracional de las modalidades del sistema de apego, con bases en la etología.

Los modelos operantes de apego se conciben como representaciones mentales de las relaciones con los otros, generando las siguientes propuestas:

- I. Estos modelos contienen elementos afectivos y cognitivos.
- II. Están constituidos a partir de la generalización de las sensaciones y de los sucesos.
- III. Existen fuera del sistema consciente y son de una cierta estabilidad.
- IV. Los sucesos a partir de los cuales se constituyen los modelos operantes del apego están ligados a los sucesos concernientes al apego. Estos últimos aparecen como “resultado” de un proceso “instintivo”: la búsqueda de proximidad.

- V. Los lactantes que tienden a querer asegurar una estrecha proximidad con la responsable de sus cuidados, forman modelos operantes internos diferentes de aquellos que reciben respuestas “bloqueadas” o “imprevisibles”.
- VI. Estos modelos operantes se pueden constituir desde un inicio durante la vida, o en su traducción dentro de una tipología de respuestas a la “situación de extrañeza”.

4. Los TCA. Fundamentos.

Los tca ó trastornos de la alimentación, son perturbaciones emocionales individuales complejas, aunadas a las concomitantes familiares, multi-factoriales, que inciden en el “organizador” (representa diferentes estadios de la relación con el objeto y consigo mismo), vital del área alimentaria: “la conducta”, que se estructura y manifiestan en:

1. El funcionamiento mental (Hudson, et al 2005; Brewerton, 2005) temporal o permanente , de la paciente y/o de la familia, denominado por ser de bajo nivel (Kernberg 1984, 1989): constituido por mecanismos mentales precoces, como la negación (Russell, 2003), la proyección, omnipotencia;
2. Dificultando seriamente la conciencia de enfermedad, ya que síntomas y conductas, tienen un valor en sus vidas (Beato, 2004, Spell, et al. 1999);
3. Resultando una importante resistencia al tratamiento (Ward, et al. 1996, Blake, 1997; Treasure, 1999; Feld, et al. 2001);
4. Conducta alimentaria errática (Peterson, 2005; APA, 2000; Barriguete, Botbol, Bilbao, 2000; Barriguete, Botbol, Holtz, 1999; Maldonado-Duran y Barriguete, 2002); que van de la abstinencia AN, al abuso en la cantidad y frecuencia, con las llamadas conductas compensatorias no purgativas: BN-no P (ejercicio compulsivo), o de purga: AN-P, BN-P (vómito, uso de laxantes, diuréticos o pastillas) o sin ellas TANE y Trastorno por Atracón (Devlin y Fischer, 2005);
5. Alteraciones en la imagen corporal (Bruch, 1962; Stewart, 2004);
6. Suceden al seno de la familia (Barriguete, Botbol, Bilbao, 2000; Salinas, et al. 1992; Le Grange, 2005; Lilenfield, 1998; Strober 2000);
7. Con mayor frecuencia en ciertos grupos llamados de riesgo: modelos; atletas de alto rendimiento (Fulkerson, et al. 1999); bailarinas (Abraham, 1996; Garner y Garfinkel, 1980, 1987; Hamilton, et al. 1985; Szmukler, 1985; Warren, 1990; Unikel y Gómez, 1996);
8. Asociadas íntimamente a etapas del desarrollo: lactantes (Barriguete, 1998, 2003, Barriguete, Lebovici, 2003), niñas(os) (Lebovici, Barriguete y Salinas, 2002, Maldonado-Duran y Barriguete, 2002), parentalidad (Agras, 1999; Blais, 2000; Morral y Nikols, 2001);
9. Parcialmente genética (Bulik et al. 1998, 2000, 2003; Kendler, 1991, 1995; Wade et al., 2000; Klump et als. 2002)
10. Genera serias alteraciones físicas (biológicas) (Blinder, et al. 1988; 2003; Bousoño, 2003);
11. Genera serias alteraciones Emocionales (psicológicas) (Jacobi, 2005);
12. Genera serias alteraciones Sociales, que requieren de:
 - 13 . Cuidados médicos (Crows, 2005);
 14. Psiquiátricos (Agras, 2004, NICE, 2003);
 15. Nutricionales específicos (Winocourt, 1990);
 16. Puede convertirse con facilidad en un trastorno crónico (Garner, 1997),

-
17. De aquí la necesidad de un tratamiento integral (Suárez, Barriguete, Maldonado, 2004; Rocha, García, Casillas, Barriguete, 1997).

Se trata de pacientes, mujeres en su gran mayoría, que sufren intensamente, y aunado a la urgencia médica que representan ya sea por la conducta restringida: la inanición, la emaciación, o por la conducta bulímica: vómito y uso de laxantes, las pone en muchas ocasiones en situación médica de urgencia, generando serias complicaciones vitales. Complicaciones incluso en el grupo médico en caso de olvidar que se trata de un problema médico secundario a un trastorno psiquiátrico, en donde se tiene que tomar en cuenta desde un inicio los aspectos emocionales de la paciente y de la familia.

Siempre recordar que la “negación” es el mecanismo mental que ordena muchos de sus pensamientos y que si lo olvidamos, la paciente y la familia nos lo van a recordar al instante, ya que es parte de los perfiles familiares, y nos explica el por qué de los conflictos en los equipo terapéuticos, como lo señaló hace 20 años Garfinkel (1985).

5. Psicopatología de los TCA.

Ricoeur (1992) señala que la clínica y la fenomenología se entrecruzan para fundar la semiología que permite interpretar los signos del sufrimiento, en tanto sucede en un orden mental.

5.1. Psicopatología actual y TCA.

Para entender bajo una perspectiva actual los TCA, es interesante tener una visión psicopatológica que nos permita un más profundo entendimiento del la “Conducta Alimentaria”, recordando que los TCA suceden en, por y con el marco del funcionamiento mental.

La psicopatología (APEA, 2004), tiene por objeto de estudio las representaciones internas, sus modalidades de funcionamiento, sus lógicas, sus encadenamientos y sus significados. Postula que toda persona, a todo momento del desarrollo, niño, adolescente, adulto joven, adulto mayor, etc., sea cual fuere la gravedad de su patología, es portador de una vida psíquica propia y que su enfermedad se sitúa al interior de un sistema que tiene su propia coherencia interna y que organiza las modalidades relacionales de la persona. Consigo mismo y con los otros.

La psicopatología afirma la existencia de una doble continuidad de la vida mental: (i). Continuidad al seno de la vida psíquica del sujeto, entre lo normal y lo patológico. Aquello que Freud (1901), había percibido y explicitado en, “Psicopatología de la vida cotidiana”.

(ii). Continuidad temporal que remarca el lazo existente entre ciertos modos arcaicos de relación o de funcionamiento mental, o ciertas vivencias tempranas, y por el otro lado la organización mental actual. De esta manera la psicopatología pone el acento sobre el peso de la historia individual, sobre las contrariedades del pasado y la herencia transgeneracional en la génesis de los trastornos psíquicos. Y también como lo señaló Lebovici (1983^a, 1983b), no sólo la historia nos determina, sino que es gracias al nacimiento del bebé que pueden existir los ancestros.

La psicopatología es igualmente el estudio del lazo inter-psíquico que se establece entre el niño y sus padres: naturaleza de las proyecciones, de las investiduras, de los escenarios de la fantasía compartidos entre ellos. La psicopatología no es de ninguna manera casualista, pero señala un rol en el curso evolutivo de la afección a lo que se juega entre padres e hijos por la vía de este vínculo.

La psicopatología sitúa al niño y al adolescente en su contexto socio-educativo. Ella toma

en consideración las diversas formas de las carencias del medio social o del peso de los eventos que jalonean la vida del pequeño. Ella acuerda menos importancia al carácter traumático del evento que al impacto que reviste tanto la significación en el psiquismo del pequeño, como a la manera en la que se re-organiza en el transcurso de tal vivencia.

La psicopatología es particularmente sensible al análisis del funcionamiento psíquico y a tomarla en cuenta en las estrategias terapéuticas. La utilización de los medicamentos psicotrópicos en el niño y el adolescente debe inscribirse en esta visión global. Es en esta perspectiva que la psicopatología ayudará a entender mejor el impacto de los psicotrópicos sobre los procesos psíquicos. La psicopatología no es reductible, ni en el plan del método ni en el de la epistemología. No propone un modelo unívoco de referencia, incluso si el modelo psicoanalítico constituye una referencia básica.

En su diversidad, la psicopatología debe permanecer al abrigo de los riesgos del dogmatismo y de la cerrazón en las teorías rígidas que vendrían a invalidar su acción. El proceso psicopatológico no desprecia los otros tipos de conocimiento psiquiátrico. No subestima los modelos que son resultado de los descubrimientos en las neurociencias, en la neuro-psicología cognitiva, o en genética. Tampoco la división nosográfica, incluso situándose en una perspectiva trans-nosográfica que la lleva a delimitar los campos propios de investigación y sus objetos de conocimiento.

La psicopatología también es una práctica. Los modelos teóricos que ofrece se apoyan en esta práctica al mismo tiempo que las nutre. La psicopatología permite a cada uno el poder construir una representación personal, no reduccionista del paciente, de sus inquietudes, expectativas y posibilidades de recibir aportaciones terapéuticas. La psicopatología es un instrumento teórico y práctico vivo, dinámico y abierto a las relaciones exteriores, que permiten aprehender el funcionamiento mental en su complejidad y su diversidad.

5.2. Los TCA: Impasse de La Filiación a la Afiliación.

Desde hace tiempo ésta es una propuesta interesante que nos permite integrar las nociones del desarrollo a los trastornos de la conducta alimentaria (Barriguete, Botbol, Moro, Bilbao et al., 2000). Para los psicoanalistas el funcionamiento mental está íntimamente relacionado con la dinámica transgeneracional, específicamente en el material inconsciente trabajado por el Negativo que busca precisamente envolver, proteger y enmascarar a la Transmisión.

En los últimos veinte años encontramos un gran número de trabajos referente a los TCA, centrados en la conducta misma más que en su sentido y en la personalidad en la cual sobrevive. Posiblemente porque la conducta es a menudo espectacular y se genera un enfoque sintomático dado su carácter invasor y sus graves consecuencias somáticas. Bajo la aparente simplicidad de las conductas alimentarias, dado lo estereotipado de su expresión comportamental, se esconde su gran diversidad y complejidad. Es sin duda una posición de encrucijada (Jeammet, 1997), la posición que se sucede en estos trastornos.

Es decir entre filiación y afiliación. Existe una sensibilidad particular y dificultad ante los procesos de cambio; a los de la pubertad, hacia la autonomía, a los cambios socio-culturales, a las actitudes de sus seres cercanos. También existe la imposibilidad de una expresión mayormente psíquica y representacional asociada a estas dificultades, de aquí la necesidad de recurrir a una expresión actuada comportamental y a una inscripción corporal. Todo esto dentro de la complejidad del proceso parental.

El estudiar los procesos de cambio, es decir, desarrollo bajo la secuencia dinámica de la Transmisión Transgeneracional (TTG) nos sitúa en varias inercias que pueden ayudarnos a entender un poco más este padecimiento, nos referimos a las nociones de: la "interacción" y

de la “temporalidad” y poder de esta manera entrar en algún espacio en y entre la filiación y la afiliación y entender un poco de los TCA.

Impasse: es un galismo proviene de; in; privativo y del verbo pasar, también es calle sin paso o callejón sin salida favorable.

Filiación significa en español, francés e inglés; las relaciones de descendencia que unen a dos generaciones; implica el engendrar así como la procreación. En español también incluye la dependencia de una cosa con respecto a la otra, como las señas personales. En España es incluso el registro del recluta. En francés se utiliza para hablar de un padre y su descendencia masculina; la transmisión del nombre del padre. En inglés se incluye como término legal, proceso por el cual un hijo quiere que se le reconozca como descendiente natural de un hombre, en México las leyes ligam legalmente al solicitante con este hombre, más no con los familiares de éste.

Afiliación en ambas lenguas significa; pertenencia o existencia de lazos. En español abarca el hacer entrar a uno dentro de una organización social. En Francia en el s.XVIII definía el proceso de adopción.

Hablar del “impasse”, nos recuerda la dificultad, la detención, en una dirección sin paso, si se trata de un impasse, se referirá hacia la dirección citada pero sobre una salida no favorable. En los TCA encontramos una gran variedad de casos clínicos, que van desde los que se resuelven fácilmente, que se autolimitan favorablemente, casi de manera natural con poco trabajo del equipo, tratándose solamente de un impasse en el paso de la afiliación a la filiación, el paso de la pubertad a la adolescencia, sin embargo en otros casos hablamos del impasse de su filiación a su afiliación. En este segundo caso nos encontramos aunado al difícil paso necesario del desarrollo adolescente de la joven mujer, una patología de destino, en donde existe un mandato transgeneracional que dirige las relaciones interpersonales desde hace muchos años, incluso generaciones, en donde lo menos importante es lo que toca a la paciente y al proceso parental.

En su conocida trilogía del “Labyrinthe du monde”: I. souvenirs pieux; II. Archives du nord; III. Quoi? L'éternité. Yourcenar (Loaeza, 2005), escribe, refiriéndose a sigomisma: “ese pedacito de carne rosa llorando en una cuna azul, llegado un cierto día en 1903, no es más que el fruto de una larga historia. La de los antepasados, la de las tierras en donde han vivido, las civilizaciones que los formaron”.

Será importante poder encontrar una línea de pensamientos y afectos que pueda permitirnos diferenciar el mandato transgeneracional que guía el genograma en la paciente con TCA a diferencia del árbol de la vida que guía el estallido en la joven adolescente, tanto para concebir una reflexión referente a la teoría del desarrollo y el proceso parental como lo presente anteriormente, para posteriormente reflexionar sobre la teoría de la técnica en estos trastornos. La A.N como los TCA, como toda conducta, es testimonio al mismo tiempo; del sufrimiento del Yo, inclusive de su desborde y desorganización, pero también de sus tentativas de reacomodamiento y representa por ello una “peligrosa” forma de autoterapia (Jeammet, 1994). Por lo que una revisión sobre la concepción psicoanalítica del funcionamiento mental y de las propuestas sobre el desarrollo del funcionamiento mental se antojan adecuadas para entender un poco más sobre las(os) pacientes que sufren de los TCA.

5.2.1. La noción de aparato mental.

Evoca su dimensión “continente” y “funcional”. Puede ser concebido como portador de una función tapón, de amortiguador entre las exigencias internas pulsionales y aquellas provenientes de las molestias y obligaciones de la realidad exterior, Será la heredera del rol

de los padres, así como de la progresiva interiorización de su función de protección y de disponibilidad. Estos movimientos incluyen aprendizaje e imitación.

El psicoanálisis confiere un parámetro organizador de la vida psíquica y de la personalidad al “placer-displacer”. El aparato mental se constituye a sí-mismo a partir de las experiencias hedónicas y dolorosas, teniendo como trabajo administrarlas. Esta actividad pasa por la cuestión de la vínculo-desvinculación entre el afecto y la representación, entre libido y destructividad y se apoya en los mecanismos de defensa elaborados por el Yo y sobre las experiencias pasadas que entran en resonancia con las experiencias actuales o sirven como base de refugio, especialmente por la vía de la regresión.

5.2.2. Auto-erotismo.

Uno de los puntos esenciales de anclaje de las experiencias del pasado está constituido por los auto-erotismos. Intervienen en la constitución de los asentamientos narcisistas y pueden ser utilizados a lo largo de la vida como punto de sustento del movimiento regresivo, a partir del cual se reestructura el manejo de nuevas modalidades relacionales.

Aquí la propuesta de la “conducta alimentaria” como un organizador temprano del “funcionamiento mental” y fundamento de la “relación”. Recupera una resonancia especial, complementando la de las zonas erógenas, asociadas a la conducta alimentaria. La zona anal ocupa un lugar importante en los razgos de la serie obsesional que aparecen en el transcurso de los T.Al. Sabemos que los auto-erotismos no se reducen a la investidura de las zonas erógenas clásicas (anal, oral, genital); es el cuerpo en su conjunto y su funcionamiento en tanto como lugar de intercambio entre el sujeto y su entorno, complementado con la conducta alimentaria, que refuerza a través de la percepción de sensaciones interoceptivas (hambre y saciedad) y afectivas (emociones), la de estos auto-erotismos y se constituyen desde las primeras interacciones entre el bebé y su entorno. Resultado esto del apuntalamiento del giro sobre sí-mismo del placer de la satisfacción de una necesidad por su entorno (del objeto investido), en donde veremos que el auto-erotismo se enfrenta a la urgente necesidad de afecto y relación con el entorno.

La dinámica auto-erótica; genera una calidad y el placer del funcionamiento, éste está alimentado de la calidad misma de esta relación con su entorno, sin que el bebé perciba muy tempranamente y de forma masiva su impotencia y su dependencia hacia este entorno ni del rol que éste juega en la satisfacción de sus necesidades. Lo que veremos en la pubertad regresar con fuerza y buscando en la conducta alimentaria un nuevo modelo, reconstrucción temprana de su experiencia personal y de maternaje.

Sabemos que ante las fallas de la constitución de los auto-erotismos precoces el bebé responde sobreinvirtiendo su aparato perceptivo-motor (su más próximo exterior), “la sensorialidad [intenta] reemplaza el placer” (Jeammet, 1994). Esto genera una alteración del funcionamiento y una particular organización del cuerpo; consigo mismo y con su entorno, similar a los trastornos psicosomáticos del lactante; pero también una grave desinvestización. Estos trastornos tempranos se reflejarán en dos de los ejes del desarrollo; el eje relacional y el de la autonomía del sujeto.

5.2.3. Relación.

Se constituye de los intercambios entre el individuo y su entorno y especialmente con las personas mayormente cargadas afectivamente y más importantes, como lo observamos señalado en la teoría de las relaciones de objeto.

5.2.4. Autonomía.

Es el de la auto-estima y del narcisismo. Y todo aquello que refuerza esta autonomía y

asegura la diferenciación entre uno y el otro. Ambos ejes son complementarios y no dejan de poder contener cierto antagonismo.

Vemos cómo la calidad de los cimientos narcisistas y la progresiva diferenciación de las estructuras internas del aparato mental, simultáneamente con las relaciones con los otros, generan la evolución de la personalidad hacia una “individuación relacional” (Stern, 1989).

La insuficiente diferenciación fragiliza al sujeto y lo vuelve más vulnerable a las variaciones del entorno. La intensidad de cada corriente contribuye a conflictualizar la otra: las fallas narcisistas erotizan los vínculos, mientras que el incremento de las investiduras pulsionales hace evidente el peso de los objetos de las investiduras y aumentan el sentimiento de dependencia hacia éstos.

De esta forma la connotación incestuosa de los vínculos padres-hijos revela tanto la fragilidad de los límites Yoicos como la carga pulsional de las investiduras (Jeammet, 1994b). Siguiendo la línea de la filiación a la afiliación podremos pensar que es a la inversa, la fragilidad Yoica dada la elevada carga pulsional resultado de una insuficiente e inadecuada diferenciación de ambos padres en referencia con los abuelos de la niña y con sus congéneres, genera la vivencia de un terror de imágenes de indiferenciación e incesto, dado que el padre que no actúa en concordancia con su edad y situación familiar, y la madre intenta desesperadamente salvar a la figura de su mismo padre.

De esta manera la realidad externa, es decir el recurso al precepto y a la motricidad, sirven para contra-investir una realidad interna explosiva y desorganizante, constituida de afectos masivos, sin matices y de representaciones cuya evocación tiene efecto excitante y desorganizador, similar a una brutal intrusión de la pulsión o de objetos percibidos como intrusos al Yo y no contenientes y generadores de un juego de símbolos. “La palabra está cerca de la cosa” (Jeammet, 1994.p 225)

Sería complementaria la noción de auto-estima que sugiere Bruch, cuando se trata de trastornos de la alimentación. Ya que estará nutrida por la auto-observación, y la auto-eficiencia. En donde ambas apotan a un equilibrio en la relación consigo misma y con los otros.

5.3. Las Nuevas Dependencias.

Es importante partir de la nueva concepción de las dependencias (Jeammet, 1990; Visset, 1990; Jeammet y Corcos 2001). Las conductas de dependencia (dependencia a las sustancias psico-activas, dependencia a las conductas repetitivas, dependencia interpersonal, dependencia a las situaciones sociales), constituyen una de las modalidades de funcionamiento mental, en donde se busca encontrar y asegurar un equilibrio, eliminar la tensión interna y descargar a través de la acción de la conducta.

Estas conductas no son exclusivas de una personalidad patológica, sino que se sitúan en un continuo normal - patológico dentro del cual los factores biológicos, psicológicos y del entorno están íntimamente relacionados en donde hablaremos de funcional cuando generen desarrollo y disfuncional cuando lo entorpezcan.

Como nos lo muestra el ejemplo de la “conducta alimentaria”. Nos encontramos con una lista bastante amplia de conductas de dependencia: TCA (Flament, Jeammet 2000), el alcoholismo (Barriguete Castellón, 1996, 2002), adicciones (Bilbao y Amenabar, 2001), las repetidas tentativas de suicidio (Jeammet 1994), las conductas callejeras, conducta alimentaria (Barriguete, Rojo, Emmelhainz 2005). Siendo cada una de éstas específica y particular a cada caso, y a su vez comparte características generales.

Las dependencias conforman a las adicciones pero no se limitan a estas últimas en su definición. La noción de dependencia está asociada a la conducta, la cual genera una contra-

investidura de la realidad interna por la realidad externa. La “dependencia” vive una fuerte reactivación en la adolescencia buscando el equilibrio entre el afuera y el adentro, igualmente que con sus padres y con su cuerpo, y cuestionando su relación narcisista – relación objetal; dependencia – autonomía. Esto vuelve frágil su mundo interno, el cual se encuentra muy solícito tanto en sus asideras narcisistas como objetales.

5.4. Síntomas, Sí-mismo y Narcisismo. Los Tres Grandes.

La función de los síntomas de las conductas alimentarias, similar a toda organización sintomática, tiene como objeto el restablecimiento de un cierto equilibrio en la estructura psíquica del sujeto. Equilibrio que será temporal y cuyos efectos serán cada vez menos efectivos y duraderos en cuanto a que su efecto deseado al buscar alejarse de la angustia, genera una aversión a lo interno por su carácter inquietante y sí una atención exagerada al afuera y su extremo de contacto: la conducta.

Parecería que la conducta aleja del interior y no que es una extensión del mismo. Siendo mayor cuando en ellas, encontramos una fragilidad específica en sus cimientos narcisistas, como lo señaló Bruch (1973), al referirse a los sentimientos sobre “sí – mismo”: en su “auto – estima”, en su “auto – cuidado”, en su “auto – efectividad”.

Esta situación del si-mismo de las pacientes con TCA, en relación con su entorno familiar, refuerzan los hallazgos en psicopatología del desarrollo (Barriguete, Soto 1997, Barriguete, Lebovici, Salinas 1998; Barriguete, Lebovici et al 2002^a, 2002b, Lebovici, Barriguete, Salinas 2002, Maldonado, Barriguete 2002), en donde la compleja coherencia y la dificultad para la continuidad de los cuidados tempranos, disparados por las interacciones fantasmáticas (Cramer, 1981, Lebovici, 1982), están al origen de tales deficiencias, que se continúan en la constitución del si-mismo y sus vasos comunicantes con los afectos y el cuerpo.

Bruch ya desde los años sesenta hablaba del trastorno de la imagen corporal, siendo igualmente la pionera en el tema. Esto nos recuerda la co-existencia de los diferentes dominios del sí-mismo (Stern, 1985) y la ruptura e inauguración de ciertas continuidades durante la adolescencia.

5.5. La Adolescencia: cuestiona a “El Arbol de Vida”.

La Adolescencia es una interrogación a la calidad de las interiorizaciones sucedidas tempranamente, una interrogación que fuerza a una re-organización de la distancia relacional ante los objetos de sus investiduras, que obliga a conocer la magnitud de la solidez de sus adquisiciones anteriores. Si un árbol genealógico se hace hacia atrás, retrospectivamente a lo largo y ancho de la descendencia, el “Arbol de Vida” es la cristalización de la adolescente como sí-misma; como el producto de muchas generaciones que la precedieron, en lo que se refiere a la cuestión mental.

Nuestros ancestros tienen necesidad de nosotros para existir y justificar su prescencia ya que uno al existir, permite y facilita (voluntariamente o no) su existencia, por esto en la re-estructuración interna que da una nueva connotación a lo propio y a lo transmitido es la Adolescencia. Un proceso en donde se sucede el “Arbol de Vida”, y se pone a prueba su resistencia. Así como en la lactancia su existencia, la vida familiar de nuestros ancestros nace al revivirse dentro de la resignificación a partir y dentro de la adolescencia, como entrada a la dimensión social y en el futuro a la de la divulgación de lo referente a nuestra familia, así como a la procreación que es otro tipo de divulgación.

La vida se da de lo actual a lo pasado pese a que este último lo determina. Cuando oímos hablar de “infancia es destino” cual irremediable determinación, nos encontramos en una situación de patología de destino, en donde la TTG se cristalizó en un mandato generacional.

Habrá que partir de lo propuesto,  por que no!, contar las generaciones a partir del adolescente, así como en su momento Lebovici lo pens  para el lactante. Dado que a su vez se intenta señalar cómo los conflictos de generaciones pasadas han impactado en el modelaje de su vida interior lleg ndolos a encerrar en un destino, sin salida, y no un “ mpasse” temporal.

De esta manera incluiremos a los padres en su paternidad (sexualidad, género y generación, etc), y a los abuelos en la propia; y a nosotros el equipo terapéutico, dentro de nuestra voluntad para participar dentro de la resignificación. retomando el concepto del aposteriori en todo su peso y dinamismo.

5.5.1. Separación-Individuación en la Adolescencia.

Los cambios biológicos de la pubertad, generan cambios corporales, así como el acceso a una vida pulsional posible, facilitando los procesos psicológicos y culturales de la separación e individuación.

Recordemos que genéticamente la niña está determinada a acumular grasa en partes específicas de su cuerpo, generándose los caracteres sexuales secundarios en la pubertad, y un brusco cambio del cuerpo y exigencia de una redefinición de la imagen corporal, aunado a un intenso bombardeo hormonal, olas importantes de sensaciones físicas y afectivas, que exige una reorganización de su espacio físico y emocional.

Todos estos cambios hacen que la adolescencia femenina sea más intensa y compleja en relación al cuerpo y las sensaciones. La adolescente necesita aproximarse al menos a una de sus figuras parentales dado la sexualización de los lazos; y a su vez alejarse para limitar los efectos de esta sexualización y afirmar su autonomía. Esta sexualización necesita la capacidad del Yo, ya que reactivándose el conflicto edípico, se amenaza la relación con la madre ante la necesidad de tomar distancia compromete los apoyos parentales y se reactiva la angustia de separación.

La separación moviliza el orden narcisista que responde a los conflictos del deseo, pone en predicamento la cohesión y el sentimiento de continuidad Yoica y de la relación de objeto. Es a su vez la separación un proceso biológico inscrito en el desarrollo, por lo encontramos datos etológicos, particularmente los señalados en las conductas de apego así como procesos de interiorización de una relación segura: la joven niña se separa de sus objetos primarios de apego conforme se les diferencia y se vuelve más independiente, la distancia no implica separación (miedo a la fusión).

Para que la separación no se acomp e de una excesiva angustia el lugar lcs de los objetos investidos debe ser mantenido. De esta manera podremos establecer en las conductas de dependencia una constelación de dimensiones psicopatológicas (impulsividad, búsqueda de sensaciones, anaclitismo, alexitimia), y factores de riesgo. Es sorprendente constatar que las conductas de dependencia aparecen principalmente después de la pubertad y en particular durante la adolescencia o en sus inmediaciones, en el momento cuando el sujeto debe volverse autónomo y ya no puede beneficiar de las protecciones de parte de sus padres.

Este arribo de la patología parece estar en relación con los factores psicológicos anteriores que representan una vulnerabilidad a la dependencia y est n asociados a los factores coyunturales vitales, familiares y sociales. Estos elementos parecen algunas veces determinantes y la anamnesis nos muestra la existencia de estos factores de riesgo, que nos muestran que la respuesta adictiva durante la adolescencia es algo inevitable. Y dichos factores de riesgo, pueden expresarse durante la adolescencia, por lo que habrá que investigarse y en especial en el caso de fallas de los procesos de apego de la infancia (Bowlby, 1978, 1984), como veremos posteriormente.

La dependencia es para Jeammet, la resultante de la incapacidad para elaborar la angustia de separación. La existencia de una angustia de separación patológica en la niñez constituye si duda un factor de riesgo en cuanto al desarrollo ulterior de una personalidad dependiente o de una personalidad fóbica, en donde conocemos la frecuente evolución hacia las conductas adictivas, y dentro de este continuum se encuentran los TCA.

5.5.2. El Si-mismo.

Es constituido por la interiorización del vínculo con el objeto sin que éste genere una representación mental específica (Kestenberg, 1981), propone que el trazo del objeto se encuentra en la calidad del ejercicio de la función (psicológica, psicomotriz) del sujeto. La separación con el objeto de la realidad exterior no será una verdadera separación, sucederá en la paradoja propuesta por Winnicott: el espacio transicional.

5.5.3. Representaciones diferenciadas del objeto.

La pubertad es un factor potencial de indeferenciación, de las fronteras internas y externas, a través de la sexualización generalizada. Se reactiva la conflictiva infantil incluyendo angustias de separación, se facilita la regresión, la reactivación de fijaciones infantiles, y se sucede la aparición de funciones defensivas como la negación, la escisión y la idealización. La represión falla y son las figuras externas (padres) quienes tienen que funcionar como para-estimuladores, la negación referente a sus figuras de apego aparece, así como la condensación temporal que efectúan los efectos del aposteriori.

Entramos en la dimensión patológica cuando la conducta a su vez tiene valor de dependencia hacia un neo-objeto que permite al o la joven mujer negar sus lazos con sus verdaderos objetos investidos, los cuales están demasiado cargados de ambivalencia y de dependencia narcisista, eludiendo y postergando todo el trabajo que concierne a la diferenciación e interiorización.

Anna Freud (1936) ya mencionaba, refiriéndose a los procesos de duelo, a la similitud entre la adolescencia y las decepciones sentimentales. Se piensa en el citado aposteriori como un dato esencial del proceso adolescente, o lo es en sí mismo una magna resignificación en donde pasado y presente se reviven, lo interno y lo externo se trenzan y difícilmente puede uno dejar de pensar en una dimensión sin tocar la otra. Por lo que tenemos que presentar un enfoque complementarista. Cuando nos acercamos a los Trastornos de la Alimentación, referente al “duelo por y de los objetos pasados”, se recuerda al duelo de la madre nutricia y del cuerpo infantil (Laufer, 1984; Ladame, 1991).

5.5.4. Adolescencia, Trabajo Psíquico y Duelos. Los padres.

No podemos entender los TCA sin revisar ciertos procesos del “trabajo psíquico” que se suceden en la adolescencia, la llamada crisis de la adolescencia, los cuales suceden dentro de un continuo parental, familiar, que viene de muy temprano, permitiéndonos hablar de “la familia en el bebé” (Salinas 2000), con su continuo: “la familia en el adolescente”. Expresiones que siguen la línea inaugurada por Lebovici (1991) cuando propuso “en el hombre el bebé”.

La adolescente se encuentra confrontada a un sin número de pérdidas (Marcelli, 1995); reales y fantasmáticas, lo cual empuja a estar constantemente forzada a vivir múltiples procesos de duelo. Generando en el mejor de los casos el trabajo de duelo, ante dichas pérdidas, y situándose éstas a diferentes niveles, incluyendo mutuamente padres e hijos y en especial los hijos particularmente sensibles, inteligentes, y que han tomado a través de la transmisión transgeneracional (Lebovici 1986, Barriguete 1998), ser los representantes del mandato, generándose así una patología de destino, al no poder renunciar al designio trigeracional que sucede sobre su identidad y sí-mismo.

Los padres. En la crisis de los 40's y 50's, estarán igualmente inmersos en sus duelos por la decadencia física, característica de esos años, y con la dificultad de encontrar y desarrollar la fuerza en espacios más emocionales e intelectuales, ante el descenso de los espacios físicos, sin que esto represente el que se cierren.

El escritor español J. Marías bien lo ejemplifica cuando habla de esta etapa como una de las más intensas “ya que sólo nos queda: volvernos nosotros mismos”, evocando la gran lista de renuncias y duelos personales, de pareja y familiares a los cuales estarán enfrentados los padres de nuestras pacientes.

5.5.5. Fin de la tranquilidad del Cuerpo. Los padres.

Con la llegada de la pubertad, sucede una intensa tensión, incluso al interior del cuerpo, propiciando el que se busque controlarlo e incluso como observamos en la AN intentar negar su existencia con la restricción de la ingesta o en el exceso en la Bulimia y en el Trastorno por Atracón. Sea cual fuere el desenlace, lo que sí es irrefutable es el fin de la tranquilidad infantil referente al cuerpo. Esta intensidad está relacionada al aumento de la pulsión sexual y a los nuevos requerimientos de esta nueva época. El cambio del cuerpo y la tormenta hormonal que mencionamos anteriormente.

Los padres. Potencializan esta ruptura de tranquilidad, o el inicio de la inquietud puberal, al recibir con rechazo y/o ambivalencia el desarrollo físico de sus hijas, así como el incremento de la pulsión sexual en ellas. Se vive con mucho conflicto el cuestionamiento sobre su propio cuerpo que expresa la hija de manera directa o indirecta, simultáneo a la dificultad de la aceptación del cambio de cuerpo que viven hombres y mujeres a los 40's y 50's.

Encontramos así en algunas de las parejas parentales de la paciente anoréctica una sexualidad poco desarrollada y diferenciada. La proximidad entre ellos, los padres es “de muy buenos amigos”, “inmejorable compañeros”, entre quienes la intimidad sexual y el placer sexual son limitados. Los temores incestuosos son frecuentes y difíciles de expresar y explorar. Las figuras de los abuelos son muy fuertes en todo sentido, a quienes se les sigue escuchando como padres y no ya como abuelos en funciones, es decir, con gran sabiduría pero con limitada ingerencia en las acciones prácticas y cotidianas. Con frecuencia se reportan antecedentes y problemas depresivos en alguno o en ambos cónyuges, y se tiende a responsabilizar veladamente a la hija de la problemática parental.

5.5.6. Fin de la Estabilidad de la Imagen Corporal. Los padres.

Aunado y estrechamente vinculado al punto precedente, la adolescente tendrá que experimentar en poco tiempo (meses), una transformación profunda de su imagen corporal en sus múltiples dimensiones: dimensión estática (forma de la imagen); dimensión dinámica (cinética del cuerpo); dimensión interactiva (función social del cuerpo).

Al estar determinada genéticamente para acumular grasa en ciertas zonas del cuerpo, que generan los caracteres sexuales secundarios, será inminente la necesidad del manejo de esa crisis. Exigiéndose una re-estructuración a diferentes niveles en ellas (Garner, 1981; Rosen 1992; Rosen & Srebnik, 1990; Crowther & Sherwood, 1997): percepción (imagen corporal); cognición y afectos (insatisfacción de la imagen corporal); actitud y conducta (verificar o eludir la imagen corporal). Pudiéndose entender los trastornos de la imagen corporal en sus facetas referentes al trastorno de la imagen corporal y a la insatisfacción de la imagen corporal (Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1997).

Los Padres. Tendrán que ser testigos y facilitadores de la elaboración del cambio del cuerpo, la madre de manera más activa al modelar su propia forma de enfrentar los cambios corporales, e introduciendo a la nueva adolescente a la aceptación del cuerpo curvo y de

mujer. El padre tendrá que aceptar la distancia temporal por el cambio del cuerpo y facilitar el regreso, con mucho respeto, de la proximidad física y emocional con su joven hija que ya es mujer.

5.5.7. Fin de la bisexualidad potencial y el pensamiento omnipotente. Los padres.

Como resultado de la pubertad, el cuerpo se definirá a un sexo, a uno solo, definido por sus caracteres secundarios, el fenotipo se re-define a un sexo, a solo uno. Igualmente vivirán la primera gran imposición de su historia, tendrán el cuerpo no necesariamente el ideal, sino el propio. Dejando fuera el sentimiento omnipotente asociado a la bisexualidad potencial.

El adolescente tendrá que ser hombre o mujer; pero no podrá ser los dos a la vez. En las jovencitas que padecen los TCA encontramos fantasías de bisexualidad potencial, reforzadas por su figura corporal emaciada, indiferenciada, aunada a un pensamiento omnipotente, con procesos mentales primitivos alrededor de la escisión; negación, etc.

Los Padres. Estos pensamientos son peligrosamente coherentes con las fantasías pre-conscientes e inconscientes de los padres referentes a la sexualidad, en donde si el factor indiferenciado y/o incestuoso predomina en las constelaciones psíquicas, complicará gravemente las cosas. En las madres es frecuente ver la búsqueda de un cuerpo ideal adolescente, a través del ejercicio excesivo o la utilización de la cirugía estética.

5.5.8. Separación y Fin del Vínculo Edípico. Los padres.

Será a través de los procesos de individuación que la adolescente tendrá que librarse de sus lazos edípicos, lo cual implica pérdida y separación. Esto implica la pérdida del refugio maternal, en donde es la madre quien protege, cuida y asegura. Se enfrentará por todas las diferentes pérdidas señaladas anteriormente y a continuación, a intensos sentimientos de angustia y abandono. La pérdida del refugio parental, se asocia a la pérdida del objeto edípico, debido al incremento de la intensidad pulsional que aviva las necesidades, las fantasías incestuosas, volviendo imperativa la necesidad de poner cierta distancia entre ella y el objeto edípico.

Los Padres. La presencia de ellos hace cierta la necesidad de nuevos espacios de diferencia entre las adolescentes y ellos. Los padres de estas pacientes experimentan una gran tristeza al registrar que sus hijas ya no los quieren ver, o escuchar sus consejos y sugerencias. Ya no son más los ídolos de antaño. Si presentan una fragilidad narcisista, mejor encubierta que las de sus hijas (narcisismo y sí-mismo), no van a aceptar esta distancia, de aquí la necesidad de terapias de familia y pareja que les permitan completar su proceso, el 3er. proceso de individuación; el de la función parental. Esto coadyuvará al proceso terapéutico de la joven.

5.5.9. Agresividad y Culpa. Los padres.

La fuerza de la pulsión sexual y agresiva, es intensa, generando un incremento en la sensación interna de tensión en la adolescente, buscando descargarla, antes de buscar salida a través de los canales de sublimación. Frecuentemente esta carga de excitación, los movimientos corporales y conductuales que la acompañan, son vividos como un signo de agresión, en tanto que el entorno próximo, los padres, lo expresan de esa manera.

Decía Winnicott que crecer es por naturaleza un acto agresivo, dadas las intensidades y rupturas. La adolescente pondrá en juego diferentes defensas psíquicas y de conducta, destacando la inhibición, el regreso sobre sí-mismo. Es desinvertir la pasividad como acto para negar o al menos controlar la excitación, permanecer encerradas en su cuarto para no afrontar la necesidad pulsional que atemoriza. Estos movimientos psíquicos y conductuales nos aproximan a un estado depresivo más o menos evidente.

Los Padres. Cuando ellos mismos no han podido trabajar la agresividad y culpa en sus familias de origen, serán sentimientos prohibidos o censurados en las relaciones familiares,

aumentando la dificultad de desarrollo a través del canal de la elaboración de estos intensos afectos.

5.5.10. Inestabilidades objetales y narcisistas. Los padres.

Existe una profunda analogía entre las modalidades relacionales de estas adolescentes y el vínculo que mantienen con su objeto de dependencia. El peligro en estas pacientes reside en el poder alienante de su conducta y la debilidad resultante en sus capacidades de investir libidinalmente y en su personalidad (Jeammet, 1990, p 10).

La modificación de los intereses infantiles está asociada al repliegue sobre sí-mismo, a la búsqueda de distancia. Este repliegue genera un incremento en el auto-cuestionamiento individual y colectivo, casi ontológico en la pregunta “¿quien soy yo?”. A través de la duda se genera la posibilidad de un nuevo reconocimiento de sí-mismo, facilitando el múltiple juego de las identificaciones.

Se vuelve un proceso doloroso de renuncia, de cambios múltiples, indecisiones, y contradicciones. Un nuevo manejo del sistema del ideal y afectos que serán parte del trabajo psíquico, aunque a su vez son argumentos externos que amenazan el trabajo mismo, al buscar acciones externas que generen descargas y descentramiento sobre los procesos internos.

Los padres. La aceptación de esta nueva distancia, al igual que su propia elaboración de de edad madura como padre, y relación de pareja, son parte de este proceso.

5.5.10.1. TCA y Árbol de Vida.

Niveles de Representación. La adolescente real, la adolescente imaginaria, la adolescente de la fantasía, la adolescente de la cultura.

De esta manera nos encontramos con varios niveles de representación de los padres y de las jóvenes con TCA en su proceso de volverse mujeres:

La Adolescente Real. Reminiscencia del bebé, de las interacciones comportamentales precoces, la del cambio físico hacia una figura cada vez más femenina y de mujer, la de las capacidades mentales. Es a su vez la de las calificaciones y la de los permisos, que percibe a una madre real, y a un padre real, ambos con características propias de eficiencia y deficiencias, capacidades e incapacidades. Con características corporales que hasta antes de su desarrollo no habían sido de interés para la niña hoy adolescente, en cuanto a la aceptación o al rechazo de las mismas, así como al doloroso proceso de aceptar lo irremediable: “la constitución corporal”, proceso que llevará muchos años y en nuestras niñas será un proceso mas complejo.

La Adolescente Imaginaria. Vestigio del bebé imaginario, esencialmente pre-consciente, elaborada durante el embarazo, y mantenida o re-elaborada en la ensoñación parental, en donde las expectativas de que sea niño o niña se sitúan, así como el duelo o la euforia del sexo de la hoy niña. La elección del nombre circuló por estos espacios representacionales, y la hoy jovencita hará uso o no de este nombre a su gusto y conveniencia, si se le es permitido.

La hija ideal imaginada y la posible, se confrontarán en este nivel de representación. La ensoñación parental puede dar paso a procesos psicológicos duales más complejos como la coalición o colusión, lo que facilitará o no el desarrollo, respectivamente, con esto se permite o no la inclusión de la realidad mental triádica, saliendo del dominio dual, limitante para este momento del desarrollo. En el presente la joven niña habrá iniciado la renuncia a sus padres ideales por los reales que le dicta su percepción, esto estará íntimamente relacionado con la dimensión real y fantasmática.

La Adolescente de la Fantasía. Secuencia del bebé de la fantasía; esencialmente incons-

ciente, que nos plantea las raíces infantiles del deseo del bebé, asociado a la preferencia de género y legado de la elaboración o no edípica de los padres. Aquí para el momento de la pubertad ya el nivel de los lazos será muy intenso, así como el de los nudos del desarrollo, lo que no se pudo resolver en la temprana infancia y niñez, en donde los padres pudieron descubrir que la realidad de la bebé y de la niña, no era la suya cuando ellos eran pequeños.

Cuando esto no sucedió las cosas se complican ya que de por sí ya complicada la relación por los miedos parentales de origen familiar (sus experiencias personales), se suma al empuje puberal y adolescente, con mayor exigencia en cuanto a necesidades físicas y emocionales y de autonomía, así como de límites. Se hará un caldo de cultivo para grandes miedos y actitudes ambivalentes, de aquí la necesidad de incluir la dimensión familiar a la búsqueda de entendimiento y trabajo con nuestras pacientes. En todo esto la experiencia adolescente de los padres será muy importante, así como las modalidades de resolución que encontraron o no, con los hoy abuelos.

La Adolescente de la Cultura. Igual que en cada cultura existe una manera de crear y ser bebé y niña, hoy hay maneras de educar y ser adolescente, con sus procesos de “iniciación” y “paso”, comunes y diferentes a toda sociedad occidental. Al convivir con las hijas e hijos de nuestros amigos de otros rincones del mundo, sobresale la importancia de modelos estéticos femeninos extremadamente delgados que predominan en nuestras sociedades occidentales, al igual que el gran valor de la apariencia y del dinero. Aunado a esto se presenta la atomización de la familia, la limitación de la familia extensa y la limitada posibilidad de contar con los relatos de los viejos que nos recuerden y enseñen maneras diferentes de ver el mundo.

6. La clínica de los TCA.

El manejo terapéutico de la AN, la anoréctica, que tiene apetito pero teme subir de peso, (Webourne & Purgol, 1984) y los TCA, son una empresa por demás compleja e interesante que merece hacer un alto para entender y re-hacer la clínica, sabiendo que en este campo no existen expertos y sí mejores maneras ayudar a nuestras pacientes y sus familias.

Es necesario revisar la organización de las clínicas médica, psiquiátrica y psicoanalítica, en un sentido crítico y complementarista, que nos permita una nueva lectura de estos trastornos que son narrativas crípticas a descubrir por el equipo clínico, y sólo en alianza con la paciente y su familia.

Dado que la relación, será nuestro gran instrumento de observación y acción con la paciente, revisaremos la propuesta perinatal, ya que nos permite observar la relación en toda su grandesa, que nos permitirá entenderla y saber como aplicarla en la clínica de los trastornos de la alimentación. Incluso el origen de estos problemas hay indicios que las etapas tempranas siguen teniendo una vigencia importante.

Clínica Perinatal. Ciertamente esta nueva población representada por los lactantes y sus padres hoy ya constituye un nuevo paradigma clínico que tiene sus formas particulares de entender y de buscar alternativas para resolver sus enigmas. Y ha venido enriqueciendo su entender gracias a la pediatría, las terapias cognitivas, psicoanalíticas, sistémicas y de redes sociales, que abordan a un tipo particular de psicopatología, con una modalidad terapéutica específica, como sucedió en otras épocas con la histeria, la esquizofrenia, los trastornos limítrofes, la problemática adolescente, etc.

Stern (1995, p 3-4), hace ciertos planteamientos que nos ayudan a situar este nuevo campo clínico gracias a la experiencia de la psiquiatría perinatal, y propone que:

1. Aparece un nuevo “paciente”, que no había aparecido como tal ya que no es una persona sino una “relación”, influida por el rico e intenso pasado de los padres y abuelos.
2. Dicho estado emocional de los padres genera una importante influencia sobre el desarrollo psicológico del lactante, sin saberse a ciencia cierta.
3. Los criterios diagnósticos tradicionales que no incluyen la relación no pueden aportar mucho a esta etapa en donde gran parte es eso. De aquí lo interesante del DC: 0-3 y el enfoque intercultural.
4. La mayoría de los padres son “normales”, y serán sus funciones parentales las que estarán en juego, incluso si padecen algún trastorno mental u orgánico.
5. La madre, principalmente, vive una condición psicológica especial, la constelación maternal (Stern, 1995, p 171-190), la cual es apropiada y adaptada a su condición de maternaje y a la de parentalidad, volverse los padres de su hijo. A su vez genera un importante espacio de terapia: la alianza de trabajo.
6. Los cambios que se suceden en la etapa perinatal son de los más grandes y rápidos del ciclo vital.
7. Es gigantesca la responsabilidad que viven los padres referentes al futuro de su bebé.
8. La relación entre padres y lactante es principalmente no verbal y ampliamente pre-simbólica y es a este nivel que se sucede igualmente lo patológico.

Es muy importante situarse en que lo perinatal evoca todo lo que rodea al nacimiento, al nacimiento físico y psicológico del hijo de los padres que asisten a consulta. Si es pequeño, infante o adolescente, en cada época se re-nace, de aquí la crisis, y la referencia proviene frecuentemente del pediatra, médico, psicóloga o nutrióloga. La madre “es una mujer en un período único de su vida, jugando un rol cultural único y llenando un período único y esencial de su propia vida asociado a la supervivencia de la especie” (Stern, 1995, p 6).

Stern (1989, 1995, p 11-17) visualiza los elementos de la situación clínica como un sistema, que se va construyendo en complejidad y plenitud, con seis elementos básicos, extrapolables a la clínica con adolescentes, tomando en cuenta sus respectivas especificidades:

1. La madre (sinónimo de cuidados tempranos) y el bebé interactúan, generando una interacción de acciones. Sobre tales acciones se puede basar un tratamiento conductual, siendo todo observable. Se tiene a este nivel una interacción más no una relación (el recuerdo de una historia de relaciones previas, Hinde, 1989).
2. La representación de la acción, determina cómo una interacción es percibida e interpretada, a través de las fantasías, esperanzas, temores, mitos familiares o culturales de la persona que percibe, en este caso la madre. No es observable, pero sí explorable en la narración. Con la suma de este aspecto se cuenta con los elementos básicos para el enfoque terapéutico cognitivo o psico-dinámico (limitado).
3. El bebé está ávidamente involucrado en la construcción de la representación de su interacción a partir del recuerdo de las ocurrencias pasadas, generando su mundo de representaciones que funciona como guía e interpretación, y contraparte de la representación materna.
4. El terapeuta completa lo mínimo del escenario clínico, quien cuenta con interacciones objetivas con la madre y el bebé, y con un mundo representado en donde dichas interacciones toman un significado y las intervenciones terapéuticas toman forma.
5. La madre durante la sesión generará otra representación, resultado de observarse

ante la presencia del terapeuta, a su bebé, a ella como madre, sus interacciones y observarlas de manera diferente a lo que ella recuerda cuando está sola. Será un nuevo tipo de representación, resultado de la relación terapéutica.

6. Para muchos equipos la unidad básica son madre-padre-bebé, por lo que las acciones y representaciones del padre serán importantes a tomar en cuenta. Los sistemas de soporte (educadores, trabajo social, enfermeras, etc) se deben incluir como factores de apoyo. Este modelo contempla bases sistémicas, ya que todos los elementos están siempre presentes y actuando; todos los elementos son interdependientes y se encuentran en una relación dinámica y mutuamente influenciable. La acción terapéutica exitosa que cambia cualquier elemento termina por influir en la modificación de los otros.

6.1. La Clínica Médica y la aparición del enfoque “anatomo-clínico” Clínica médica en crisis. Las enfermedades crónicas. La obediencia terapéutica. La adherencia terapéutica.

Es importante seguir una perspectiva histórica, para entender como se constituyó la práctica médica actual, que nos facilita ciertos procedimientos y nos dificulta otros, estos basados en la relación y registro de las emociones, por ejemplo.

Foucault, (1963, p 11), define el paradigma de la medicina occidental moderna al volver perceptible el conjunto de la experiencia médica, volviendo posible la inscripción de las secuencias de la simultaneidad y sucesión. Y así lo sentido (síntoma) se unirá al signo (lo percibido). Fundado, siguiendo a Foucault, en el corte: “anatomo-patológico”, “... descubriendo los procesos de alteración propios a la enfermedad, así como la degeneración consecutiva a toda muerte.

Esta ampliación de la experiencia del conocimiento tocará lo intocable en el cuerpo y su eterna compañía: la muerte, con los estudios de descomposición que la caracterizan. Es la aparición de la clínica. Para la experiencia del médico es como una nueva definición de lo perceptible y enunciable. Nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal; en cuanto a la clínica, se nos ofrece con las virtudes de un nuevo corte transversal de lo desconocido” (Barriguete, 1995; 1999). “Es el inicio de su articulación en un discurso significativo, en el cual nosotros tenemos el hábito de reconocer, por un acto de conciencia endormecida, el lenguaje de una ciencia positiva” (Foucault, 1963, p 22).

Conforme la exploración del cuerpo y la descripción de los procesos físicos y químicos avanzó, se descubrió la fisiología, en donde Claude Bernard (1856) festejó el triunfo de la medicina sobre la filosofía muy especulativa del cuerpo, proclamando la ciencia experimental que excluye todas las dimensiones de lo especulativo, lo incierto, lo inquietante (Barriguete, 1997).

De esta manera el dolor será para siempre un tema clínico esencial en la relación médico paciente,. Siguiendo este enfoque, y llevando lejos las ideas originales de Foucault, diremos que mientras que el sufrimiento permanecerá escondido en los ojos del médico “congestionados por el formol”, viendo por esta clínica al cuerpo y ciego al sufrimiento, alejado de lo que atañe al paciente y autorizado a mantener a distancia lo propio, en aras de la relación (Barriguete, 1997), esta clínica médica permitirá la exploración del dolor y la justificación del abandono al sufrimiento, como un legado afectivo de la muerte. “La muerte será como el gran analista, capaz de implementar las conexiones y mostrarlas como un comentario” (Foucault, 1963, p 34), haciéndola explotar, con toda la fuerza de la descomposición y las maravillas de la génesis; por lo que hay que abandonar la palabra descomposición a toda su significación.

Con razón Foucault señala que la filosofía de los elementos y sus leyes, encuentran en la muerte aquello que en vano habían estado buscando en la matemática, la química, y en el mismo lenguaje: un modelo insuperable y dictado por la naturaleza. Al autorizarles hablar de lo palpable a ellos: signos y lo descriptible por los pacientes: síntomas = dolor. En esta plataforma de conocimiento aparece un nuevo planteamiento que funda las experiencias médicas; como la relación médico – paciente, y su lenguaje, este lenguaje médico va a recorrer por años, los espacios de los signos y los síntomas, con el silencioso antecedente afectivo del olvido del sufrimiento; con el objeto de concentrarse en la localización del dolor en el otro, síntoma por excelencia, método que refuerza la escisión entre mente y cuerpo; entre uno y uno mismo; entre uno y el otro; entre el individuo y su familia; entre el saber y lo desconocido, etc., . “La manera en que este saber médico se construye define a la vez las posibilidades históricas de tal saber, el dominio de su ejercicio y la estructura de su racionalidad”, como lo sugiere Foucault (Barriguete, 1997). Y: “La imposibilidad en la cual la práctica médica se encuentra para poder aprehender el sufrimiento rebasa en extenso el dominio de su conocimiento” (Barriguete, 1997).

Clínica Médica en Crisis. Las conocidas enfermedades crónicas (Db M, HTA, Obesidad, etc.), junto con la enfermedad mental, VIH/SIDA y la Tuberculosis: “...representan el 46% del peso de la enfermedad en los países en desarrollo en el 2001 y será del 56% en el 2020 (WHO, 2003, p 8).

Los TCA hoy ya son parte de las “enfermedades crónicas”, en especial al encontrar cada vez con más frecuencia a la paciente adolescente y adulto con múltiples intentos de tratamiento o manejos parciales, “el abuso de los programas hospitalarios fue seguido por un vacío, resultando una inapropiada negación de la hospitalización o una limitada cobertura de las pacientes con trastornos de la alimentación, poniéndolas innecesariamente en riesgo para una enfermedad crónica o muerte” (Garner & Needleman, 1997). La obesidad, diabetes y la depresión, constituyen un porcentaje importante de población que presenta problemas en el área de la conducta alimentaria y viceversa.

Las Enfermedades Crónicas. Un gran número de padecimientos actuales conforman las enfermedades crónicas: “Enfermedades que contienen una o mas de las siguientes características: son permanentes, dejan inhabilidades residuales, son causadas por alteraciones patológicas no reversibles, necesitan un entrenamiento especial de parte del paciente para su rehabilitación, o que se espera o requiere un largo periodo de supervisión, observación o cuidado” (MILLS,, 1982 citado en WHO, 2003, p 4).

La obediencia terapéutica. El enfoque médico ha ido evolucionando buscando entender y mejorar la relación médico-paciente. “A lo largo de los últimos años hemos sido testigos de varias fases en el desarrollo de enfoques que buscan asegurar que los pacientes continúen su terapia durante un largo plazo para sus condiciones crónicas... Inicialmente se pensó que la fuente de tal situación era el problema de obediencia... posteriormente el rol de los proveedores de servicios... hoy sabemos que se necesita un enfoque sistémico... el concepto de adherencia es mas efectivo para capturar la dinámica y la complejidad de los cambios... incluyendo una revisión de las maneras en que los profesionales de la salud son formados y viven los intercambios... y las barreras que encuentran pacientes y familiares” (D Yach, WHO, 2003, p V).

La adherencia terapéutica. Uno de los principales temas clínicos de investigación es el de la adherencia terapéutica puesto que: “... en países desarrollados solo el 50% de los pacientes que sufren enfermedades crónicas se adhieren al tratamiento” (WHO, 2003; Haynes, 2001;

Sackett et al., 1978), y en los países en desarrollo la adherencia va de un 43% (China), a un 27% (Gambia) (Bovet, 2002), argumentándose como uno más de los factores limitantes del desarrollo.

Su principal planteamiento explora las noción de adherencia terapéutica. Adherencia: “lo que se refiere a la conducta de una persona en cuanto a toma de medicamento, seguimiento de dieta y/o efectuar cambios de estilo de vida, que corresponden con el acuerdo de las sugerencias de un prestador de servicios de salud” (WHO, 2003, p 3). Dejando de lado el tercer espacio de la díada médico-paciente: la relación, lo cual limita conocer mejor los espacios emocionales de ambas laderas.

Personalidad y rasgos del paciente no han sido buenos predictores de la conducta de adherencia (Farmer, 1999), tal vez por que solo han tomado en cuenta una de las laderas, se ha olvidado incluir al médico. Los criterios diagnósticos describen solamente en dos rubros la trascendencia de la adherencia: Problemas de relación e incumplimiento terapéutico (DSM IV-R, 2000, p 296): “Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de la unidad relacional misma.

Se incluyen los problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de otro trastorno. Cuando estos problemas son el objeto principal de atención clínica, deben codificarse en el EJE I.

Por otro lado, si existen pero no son objeto principal de la atención clínica, pueden codificarse en el EJE IV.

La categoría relevante se aplica generalmente a todos los miembros de la unidad relacional que estén recibiendo tratamiento debido al problema”: “El incumplimiento terapéutico” (DSM IV-R, 2000, p 296): “esta categoría debe usarse cuando el objeto de la atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a: i. molestias que provoca el tratamiento; ii. su costo elevado; iii. Decisiones basadas en juicios o valores personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas o inconvenientes del tratamiento; iv. a rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento anómalos; v. a la presencia de un T. mental. Esta categoría debe usarse solo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Una vez habiendo renunciado a la hipótesis de sumisión, la calidad de la relación en el tratamiento tomó fuerza como determinante de la adherencia. Una relación de tratamiento efectivo se caracteriza por una atmósfera en la cual “propuestas terapéuticas alternativas se exploran, el régimen es negociable, la adherencia se discute y el seguimiento se planea... la adherencia requiere la aceptación de las indicaciones de parte del paciente” (WHO, 2003, p 3-4).

6.2. Clínica Psiquiátrica.

Como parte de la medicina disfruta y padece de sus éxitos. Sin embargo su práctica le depara interesantes sorpresas, al separarse del individuo enfermo y del hospital, tiene que enfrentarse con las limitaciones de los enfoques de la clínica médica occidental, frustrarse, angustiarse e innovar. Lo encontramos al trabajar los problemas de la alimentación (Barriguete, 2002; Barriguete, Botbol, Moro, Bilbao, 2000; Barriguete, Botbol, Holtz, 1999; Maldonado y Barriguete, 2002; Salinas et al., 1992), con lactantes (Barriguete, 2003, Barriguete

y Soto 1998; Barriguete, Lebovici, Salinas et al 2003; Lebovici, Barriguete, Salinas, 2002) y sus familias (Barriguete, Botbol, Moro, 2000; Salinas, 1992), o con pacientes provenientes de otras culturas (Barriguete, Aguilar, Moro, 2003; Barriguete, Reartes, Venegas, 2003; Barriguete 2003; Barriguete, Moro, Axelrod 2002; Moro y Barriguete, 2003).

La psiquiatría estará inmersa en la posibilidad de conocer los avances de la neurobiología (De la Fuente, 1998), y atenta que "... los psicotrópicos tienen por resultado normalizar la conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación" (Roudinesco, 1999, p 21).

Una interesante ventana a lo humano de interés en psiquiatría han sido los "afectos", siempre movilizador interno, por su naturaleza misma.

Parecería que la lengua francesa nos deja caer todo el peso de su significado, Affect (fr): significa afecto y afectar, interesante proximidad. Afecto (es): affectus (lat) disposición, sentimiento, pasión; affectis (participio pasivo afficere): hacer algo, afectar. Espacio de exploración y descubrimiento constante, próximo a la "inquietante extrañeza".

La psiquiatría dinámica es un conjunto de corrientes y escuelas que asocian una descripción de las enfermedades del alma (locura), de los nervios (neurosis y del humor (melancolía) a un tratamiento psíquico de naturaleza dinámica. Es decir haciendo intervenir una relación transferencial entre el médico y la enferma. Surgida de la medicina que privilegia la psicogénesis (causalidad psíquica) sobre la organogénesis (causalidad orgánica) sin por ello excluir esta última. Se funda en cuatro modelos de explicación de la psique humana (Roudinesco, 1999, p 33):

1. Modelo nosográfico: nace con Ph. Pinel y se desarrolla en el siglo XIX, proviene de la psiquiatría. Permite a la vez una clasificación universal de las enfermedades y una definición de la clínica en términos de norma y de patología
2. Modelo psicoterapéutico: heredado de los antiguos curanderos que suponen una eficacia terapéutica ligada a un poder de la sugestión y en la actualidad al de la relación.
3. Modelo filosófico o fenomenológico: que permite comprender la significación del trastorno mental a partir de la experiencia (Cs o lcs) del sujeto.
4. Modelo cultural: propone descubrir, en la diversidad de las mentalidades, de las sociedades y de las religiones, una explicación antropológica del hombre fundada en el contexto social o en la diferencia.
5. Modelo biológico: asociado a los conocimientos y descubrimiento de la medicina.
6. Modelo perinatal: resultado del trabajo interdisciplinario en estudio y el tratamiento con los aspectos que constituyen el nacimiento, físico, emocional, parental, etc., (Lebovici, 1998, 2000, Barriguete, 2003, Lebovici, Barriguete, Salinas, 2003).

6.3. TCA y Motivación. Barriguete y Luis Beato .

Como hemos podido observar, los TCA presentan hoy serias dificultades a entender (Walsh, Satir, 2005) y solucionar, como parte del tratamiento. Se pueden agrupar de acuerdo a Garfinkel (1985) en: las características psicológicas de las pacientes; los perfiles familiares; los problemas en el equipo; y las limitaciones de nuestro entendimiento sobre los TCA.

Una de las modalidades que han demostrado buenos resultados es el trabajar las resistencias de las pacientes (Ward, 1996), y el seguir el modelo trans-teórico del cambio (MTC) de Prochaska (1979, 1982), utilizado por diferentes equipos para el tratamiento de los TCA (Schmidt, Treasure, 1997), que busca entender el proceso de cambio voluntario.

El modelo de cambio terapéutico comprende tres dimensiones (Beato, 2002, 2003): estados de cambio (¿cuándo?), procesos del cambio (¿cómo?) y niveles del cambio (¿qué?). Según estos autores se pueden identificar 5 estados de cambio los cuales describen distintos tipos de motivación y preparación para el cambio:

1. Precontemplación: los sujetos no aceptan que tengan un problema o que tengan que cambiar su conducta problema;
2. Contemplación: saben que tienen un problema pero aún no han decidido cambiarlo;
3. Decisión o preparación para el cambio: tienen una decisión de cambiar en un futuro sus conductas pero aún no han iniciado los cambios;
4. Acción: los sujetos comienzan a modificar sus hábitos;
5. Mantenimiento: se consiguen y mantienen los cambios y las intervenciones se orientan fundamentalmente a mantenerlos (McConaughy et al. 1983).

Se considera el proceso de cambio una progresión espiral, y no lineal, en donde avances y recaídas (Schacter, 1982) tiene un lugar importante. Prochaska y Di Clemente (1992) identificaron 10 procesos del cambio:

1. Autoconciencia (esfuerzos para buscar nueva información y ganar comprensión y retroalimentación sobre su problema);
2. Contra-condicionamiento (sustitución de la conducta problema por otras alternativas más adecuadas).
3. Auto-reevaluación (evaluación del propio sujeto desde el punto de vista emocional y cognitivo sobre valores relacionados con el problema).
4. Auto-liberación (elección y compromiso con el cambio de la conducta problema, incluyendo la creencia en la capacidad de cambio)
5. Control de Estímulos (control de situaciones y otras causas que evitan la conducta problema).
6. Manejo del Refuerzo (auto-recompensarse o recibir recompensas por hacer cambios).
7. Relaciones de Ayuda (creer, aceptar y utilizar el apoyo de otros que le cuidan durante los intentos de cambiar la conducta problema).
8. Alivio Dramático (Experimentación y expresión de sentimientos acerca de la conducta problema y posibles soluciones).
9. Reevaluación Ambiental (consideración y evaluación de cómo la conducta problema afecta a su medio físico y social).
10. Liberación Social (conciencia, accesibilidad y aceptación de estilos de vida alternativos, libres del problema).

La relación entre procesos y fases del cambio ha sido recientemente criticada, poniendo en duda la especificidad entre diferentes procesos con fases concretas del cambio (Wilson, G.T.; Schlam T.R., 2004). Otras variables importantes que han sido incluidas en el análisis del modelo del cambio son el proceso de 'toma de decisiones' (la valoración de los pros/contras del cambio) (Prochaska, J.O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. 1994) y el concepto de autoeficacia, de Bandura (1977), sentimiento de la propia capacidad para cambiar.

Basándose en la dificultad de evaluar actitudes tan complejas en los pacientes, algunos autores sugieren que los cuestionarios no son útiles ya que son imprecisos y sería mejor

preguntarle directamente al paciente sobre sus deseos de cambio (Sullivan, 2001). Las mayores dificultades en la evaluación del cambio se refieren a la variabilidad en el tiempo de la disponibilidad al cambio o la diferente motivación según la conducta explorada, también es difícil la evaluación mediante entrevista por la influencia que puede ejercer el terapeuta que explora la disposición al cambio. Las anteriores características implican dificultades metodológicas en el diseño de instrumentos para la valoración de la motivación ante el tratamiento de los pacientes con un TCA (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, 2003).

Adherencia Terapéutica. Las pacientes que sufren de TCA, padecen de una muy severa ambivalencia, la cual sólo podrá dibujarse cuando existe un encuadre coherente en donde paciente, familia y equipo terapéutico saben sus obligaciones y derechos. “Lo que se refiere a la conducta de una persona en cuanto a toma de medicamento, seguimiento de dieta y/o efectuar cambios de estilo de vida, que corresponden con el acuerdo de las sugerencias de un prestador de servicios de salud” (WHO, 2003, p 3).

Una vez habiendo renunciado a la hipótesis de sumisión, la calidad de la relación en el tratamiento tomó fuerza como determinante de la adherencia, una relación de tratamiento efectivo se caracteriza por una atmósfera en la cual “propuestas terapéuticas alternativas se exploran, el régimen es negociable, la adherencia se discute y el seguimiento se planea... la adherencia requiere la aceptación de las indicaciones de parte del paciente” (WHO, 2003, p 3-4).

Para que pueda darse la adherencia en el tratamiento de los TCA, se contempla el estudio y trabajo de la “motivación”. Se debe explorar el nivel de motivación al cambio, así como el de organización mental, con la finalidad de saber cómo se estructura su funcionamiento mental y desarrolla sus relaciones, para iniciar el proceso de cambio adecuado a sus posibilidades actuales.

Beato señala que el tercer elemento básico del modelo de motivación se refiere al hecho de que se pueden identificar 5 niveles interrelacionados de conflictos psicológicos que pueden ser manejados en psicoterapia.

Los niveles de conflictos psicológicos a los que haces referencia los señaló Prochaska y DiClemente (1992). Estos autores consideraban como el tercer elemento del modelo trans-teórico del cambio el hecho de que los niveles del cambio representan una organización jerárquica de 5 niveles diferentes pero interrelacionados de problemas psicológicos que pueden ser objeto de la psicoterapia:

1. Síntomas/problemas situacionales.
2. Cogniciones mal adaptativas.
3. Conflictos interpersonales.
4. Conflictos del sistema familiar.
5. Conflictos internos.

Siendo complementario a los objetivos de la psicoterapia expresiva de Kernberg (1989), en donde se procede con diferentes aproximaciones terapéuticas que van en incremento de complejidad y profundidad de la clarificación (a nivel cognitivo explora la información vaga, confusa y contradictoria, es a nivel consciente y pre-consciente y focaliza las áreas de la transferencia, la realidad externa, el pasado del paciente y las defensas actuales), a la confrontación (explora aspectos potencialmente conflictivos e inconscientes e incongruentes que dificultarán la adherencia y alianza terapéutica, relaciona material consciente y pre consciente, y los puntos

comunes entre la relación terapéutica con la relación externa y las defensas actuales) y finalmente a la interpretación (busca resolver la naturaleza conflictiva del material, lo que motiva la defensa inconsciente, que al hacerse consciente, se entiende la ambivalencia, las contradicciones previas, permitiendo la reconstrucción del material personal).

Se busca que la paciente y la familia desarrollen la habilidad para experimentarse a sí mismo y a los otros de manera coherente, integrada, con una percepción realista, resultado de un uso menos invasivo de los mecanismos de defensa (debilitan la estructura del yo, control de impulsos y baja tolerancia a la ansiedad y a la sublimación), permitiendo desarrollar relaciones interpersonales estables y satisfactorias, y experimentar intimidad, amor y trabajo creativo.

Son interesantes las sugerencias de Sánchez y Miller (1994) al hablar de varios puntos para facilitar la adherencia, utilizando el acrónimo en inglés de “FRAMES” (marcos): en donde “Feed-back” es: retroalimentación personal a la paciente sobre su situación actual. “Responsability”: Enfatizar la libertad de la elección individual, “a ti te toca decidir cambiar o no, con el apoyo respetuoso de nuestro equipo”. “Advice”: Recomendación clara o sugerencia sobre la necesidad de cambio de manera que cuente con el apoyo y concertado, no de manera autoritaria o sumisa. “Menu”. Variedad de opciones y soluciones adecuadas a la paciente y su familia. “Empathy”. Estilo de consulta que sea empático, reflexivo, afectivo y de soporte para la conciencia y el cambio. “Self-efficacy”: Estilo que refuerza la expectativa al cambio.

Para Schmidt & Treasure (1997), el objeto de la adherencia terapéutica es trabajar para el cambio, siendo el objetivo a partir de Hayward (Schmidt & Treasure, 1997, p 18-19), motivar a las pacientes que sufren de TCA, desde el momento de la entrevista:

1. Buscando que se desarrolle la motivación intrínseca al cambio, no la imposición para el mismo. (+) Deje que la paciente presente sus argumentos para el cambio articulando y solucionando la ambivalencia. (-) Argumentar, dar clase, o persuadir con argumentos lógicos. (-) Hacer planteamientos morales, críticos, sermonear, o juicios de valor.
2. Desarrollar la discrepancia existente entre la conducta actual y los objetivos de cambio, entre concepto de sí-mismo y conducta. (+) Iniciar con las preocupaciones de la paciente no las del terapeuta. (+) Focalizar en enumerar las preocupaciones de la paciente. (+) Enfatizar la elección personal y la responsabilidad para decidir conductas futuras. Negociando objetivos y estrategias. (-) Entrar a debate, forcejear sobre el diagnóstico o etiqueta.
3. Expresar empatía y aceptación al seleccionar la escucha reflexiva. (+) Explorar y reflexionar sobre las percepciones de la paciente. (+) Reflejar los estados de motivación iniciando con un “Usted”. (-) Asumir un rol autoritario o de experto. (-) Dar al inicio un argumento de experto. (-) Ordenar, dirigir, advertir, amenazar. (-) Ser quien más hable. (-) Plantear preguntas de respuestas monosílabas por la paciente.
4. Apoyar la “self-efficacy”, esperanza y optimismo. (+) Utilizar connotación positiva del estado de la paciente para reforzar auto-estima y auto-eficacia. (-) Responder a una respuesta de la paciente que plantea un tema amplio, con otra pregunta. (-) Decirle a la paciente que tiene un problema.
5. Mejorar la “auto-estima”. (+) Utilizar connotación positiva del estado de la paciente para reforzar auto-estima y auto-eficacia. (+) Resumir periódicamente. (+) Resumir las sesiones al inicio y al final. (-) Plantear serie de preguntas, tres al hilo.

6. Estar lista para el cambio es el producto del trabajo de la paciente y el terapeuta. (+) Usar selectivamente reflexiones con el toque al cambio.
7. La relación terapéutica debe ser colaborativa. (+) Ofrecer apoyo y retroalimentación cuando se juzgue apropiado. (+) Espejear los afectos, los referentes a los estados de motivación. (-) Prescribir soluciones.

Los Indicadores emocionales para una adherencia terapéutica, siguiendo a Miller (1991) son : en una escucha reflexiva, la expresión de la empatía (con respeto, compañía y soporte, apoyar el proceso de decisión de cambio o no, escucha reflexiva); desarrollar la discrepancia (en su ambivalencia, desconocimiento de los efectos secundarios de su trastorno); evitar la argumentación y discusión (racionalización como defensa, y extrema sensibilidad a ser señalada, idealiza conducta anoréctica o bulímica); trabajar con la resistencia (no pelear para convencer, aceptarla y buscar puntos de anclaje en su ambivalencia); apoyar la auto-eficacia (self-efficacy, fomentar un entorno positivo, que de lo difícil descubre el posible cambio, el instante, el momento presente, para evitar el incremento regresivo de la negación y racionalización).

6.4. Clínica Psicoanalítica. El Psicoanálisis.

Es un enfoque apasionante y complejo del funcionamiento mental, “un verdadero tratado epistemológico” (Assoun, 1980), en donde el investigar, conocer y curar son parte de una misma secuencia irreducible (Freud, Psicoanálisis 1922, p 2661, Análisis profano 1926, p 2957; Toma y Kechele 1987, p 2; Fernández V 1988, p 9). Que atinadamente, siempre inicia en el que porta la pluma, oprime la tecla, decide la cita o facilita y cuida el encuadre. Inicia en el principio.

El psicoanálisis ha buscado aportar al entendimiento y tratamiento de las enfermedades “funcionales”, “para vencer la impotencia médica de hasta entonces en cuanto a su tratamiento” (Freud, 1923). Siendo de siempre la psiquiatría un campo fértil para la reflexión psicoanalítica: “... ha sido y sigue siendo la Psiquiatría el primer sector de aplicación del psicoanálisis” (Freud, 1923, OC p 2738). Pudiendo generarse una interesante reflexión complementaria: “... el psicoanálisis y la Psiquiatría se complementan uno a otra, hallándose en una relación semejante a la que existe en el factor hereditario y el suceso psíquico, los cuales, lejos de excluirse, recíprocamente colaboran del modo más eficaz a la obtención del mismo resultado” (Freud, Lecciones introductorias al psicoanálisis 1915-17, p 2280).

Y siguen siendo actuales las palabras de Ortega en la introducción del primer volumen de las obras de Freud: “Han sido, en efecto, las ideas de Freud la creación mas original y sugestiva que ha cruzado el horizonte de la Psiquiatría” (OC. I, p ix). Existen aportaciones interesantes de parte del psicoanálisis al entendimiento de las relaciones humanas, al reconocerles una significación afectiva especial en ellas. “La transferencia aparece espontáneamente en toda relación humana como justo sucede entre paciente y médico. Se trata siempre del verdadero vehículo de influencia terapéutico; y cuando menos está presente mas se sospecha del mismo, por la fuerza que genera. Entonces el psicoanálisis no lo crea, sino simplemente lo revela a la conciencia y obtiene cierto control del mismo para guiar el proceso psíquico al objetivo deseado” (Freud, cinco lecturas 1910, p 51). Trabaja con el médico y su influencia en la relación terapéutica y no solo con el paciente.

En nuestra experiencia el interés y trabajo sobre la TCA, lo encontramos ligado al descubrimiento de la clínica psicoanalítica moderna, que participa en los equipos de salud interdisciplinario, como el sistema de salud mental francés. El éxito del tratamiento se basa en

la coherencia del proceso terapéutico, en donde las comunicaciones sean claras y busquen ser comprensibles, que generen continuidad, y que incluya tanto la experiencia profesional como la vital, del equipo, de la paciente y su familia. Para ser mas exactos hablamos de co-crear, espacios en donde las representaciones mismas o el uso de ciertos objetos internos pueden facilitar la imaginación y la fantasía, en la búsqueda de la resolución en la conducta alimentaria, nuestro “estandar de oro”.

Dado que esta disciplina nombrada psicoanálisis por su fundador, sufre los abatares de su posición histórica, al haber hecho un planteamiento nuevo para el pesamiento humano, hoy hay ante el gusto por lo nuevo y la seria dificultad por detenerse a sustentar una reflexión basada en la experiencia personal e intelectual y no solo en la de otros, se desconoce sus interesantes fundamentos y aportes al entendimiento del ser humano. Nos referimos tanto a la gente que lo apoya, tanto como las que lo rechazan sin siquiera haber leído sobre él.

El psicoanálisis es una método de observación, que cuando sucede se vuelve terapéutico, generando pautas que reconocemos y entendemos como la técnica, a diferencia de los que muchos piensan no es la aplicación de la técnica terapéutica lo que nos lleva a la observación, sino que todo tiene su inicio en la observación psicoanalítica, que sucede del analista sobre si-mismo, lo que le permitirá en un segundo tiempo que la paciente se descubra, lo propio y las ondas concéntricas que genera su conducta en detrimento de ella misma, lo cual no sería posible si se trabajara solamente en ella. Y este es una de las diferencias básicas en la aportación del psicoanálisis en el tratamiento de los TCA y en el trabajo con “aprenda a confiar en si-misma a través del terapeuta” (que no analista clásico al hablar de una paciente de primera vez con AN), la transferencia no sigue las normas de la API, ni de ningún grupo institucional, y redescubra su historia actual y como esta se encuentra enredada en la de antes y en las de otros.

El psicoanálisis debe dejar de señalar enfrente para concentrarse adentro. En el interior. Y cuando las cosas cambian, y se definen diferentes, por decantación tenemos un entendimiento, que irá constituyendo una disciplina, disciplina científica en el mejor de los casos. Todo esto me recuerda la definición de psicoanálisis de Freud de 1922 (Laplanche y Pontalis 1967). “Psicoanálisis es el nombre: 1°. De un método para la investigación de procesos anímicos capaces inaccesibles de otra manera; 2°. De un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basadas en tal investigación; 3°. De una serie de conocimientos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica.

Al día de hoy estoy convencido que el psicoanálisis es un método de observación, de la auto-observación, el llamado auto-análisis, y que será solo desde esta pequeña plataforma desde donde podremos lanzar toda posible intervención clínica, de lo contrario poca posibilidad de cambio encontraremos en nuestra tarea terapéutica.

En el caso de la AN esto lo experimentamos cada caso, cada día, cada sesión, y nos lo topamos cada vez que se nos olvida, gracias a nuestros mecanismos de defensa, que nos avisan la configuración de los nuevos escenarios mentales en nosotros, nuestra paciente, su familia o nuestro equipo.

En México y otros países latinoamericanos, la gran mayoría de nuestras pacientes son referidas por sus padres, principalmente por sus madres, reproduciendo desde un inicio la constelación familiar reinante en este tipo de trastorno. Y recordándonos el tipo de organización social familiar de nuestro país, en donde los procesos de separación e individuación toman tiempos lentos.

Como especialistas de una institución de tercer nivel y conocido como tal, es frecuente encontrar a estas pacientes como urgencia médica, en realidad son pocos los casos en donde

la pérdida ponderal es pequeña y se acude por ayuda, esto es un dato que nos hablaría de un mejor pronóstico en tanto existiría una mas pronta respuesta familiar ante la problemática filiar. En 1992 publicamos un modelo de evaluación familiar que incluso este era uno de los reactivos (Salinas 1992), que por cierto en esas épocas en Francia las revistas con enfoque psicodinámico estaban muy ajenas a publicar instrumentos de observación, por sentirlo como un enfoque “muy gringo”.

Dado que es una emergencia médica por el bajo peso, amenorrea, efectos físicos de la emaciación, bradicardia, etc., limitaciones escolares, múltiples experiencias médicas y psicológicas, exacerbación de la problemática familiar, de pareja y social, etc. Los padres llegan exigiendo un tratamiento rápido y efectivo para su hija. Siendo este el primer reto para el clínico, coordinador de un equipo terapéutico, que yo prefiero llamar “equipo multi-disciplinario”, refiriéndome a los diferentes espacios de observación resultado de las diferentes especialidades médicas y psicológicas, que no necesariamente terapéutico y que solo si se constituye como equipo facilitador de espacios de observación, podrá ser terapéutico.

AN: presenta un trastorno de la imagen corporal, dificultades en las funciones del si-mismo: en la percepción y en el sentido de la efectividad (effectiveness), atención a sí-misma (awareness) y auto-estima (Bruch 1966, 1970), una representación parcial del si-mismo y de los objetos. Y en donde encontramos igualmente siguiendo a Fairbairn el objetivo de la pulsión no es el placer sino el objeto en si mismo. E incluso su ascetismo (Freud A 1936; Mogul 1980) resulta como defensa ante sus instintos, igualmente contra su sensación de impotencia (powerless) y la expresión del deseo de trascendencia estética, el poder espiritual.

Este primer reto lo encontramos desde la primera consulta, en donde siempre cito a los padres con la niña o jovencita, o a su pareja en caso de ser casada o vivir por su cuenta. Cuando no existe figura alguna que la acompañe trabajaremos con ella, pero el pronóstico se ensombrece. A diferencia de Europa o EU la permanencia de los jóvenes dentro de sus hogares, refleja una tradición socio-cultural, que puede o no implicar un rasgo psicopatológico de los procesos de separación individuación.

Quiero aclarar que no se trata de un enfoque familiar, se trata de sesiones de observación del árbol de vida de la paciente identificada, observación extremadamente rica por la participación de los padres. Es la paciente el eje principal de la entrevista y de las indicaciones clínicas. Siempre incluimos a los hombres de la casa en el plan de la consulta, ya sean los padres, abuelos, esposos o parejas, que forman parte de la constelación de las familias con AN. El incluirlos es citarlos, incluirlos en la consulta y hablar de ellos con frecuencia, incluso estando ausentes.

La figura del padre es la que connota la relación diádica incluyendo a un tercero y contiene a la madre que podrá ser “suficientemente buena” (Winnicott), desde el dejar que participen (Winnicott). Buscaremos en los padres re-construir su capacidad de arrullo y de consuelo (Barriguete). Razones tienen muchas para que estas figuras masculinas no estén presentes en la consulta, cierto es que: “reasons are plenty as berries”, citando a Freud que cita W.Shakespeare, pero siempre desde el primer contacto insistimos que es importante su participación y en un número importante de los casos terminamos contando con ellos. He aprendido que para un viaje largo y difícil hay que ponerse lo mas cómodo posible.

Las entrevistas sobre todo la primera es una entrevista difícil y compleja, todos los autores hablan de la importancia que es para la paciente (Johnson, 1985), el poderle generar confianza (Bruch, 1985), el poder acompañar a los padres, etc., pero me parece tanto o mas importante que el investigador se dé todas las prerrogativas, que cuente con las mayores

comodidades posibles y se encuentre lo mas tranquilo posible. No es solo un procedimiento de las escuelas del aire que: las mascarar de oxigeno en los aviones se enseña que sean los adultos quienes las usen primero, para posteriormente poderles ayudar a los pequeños.

Es importante que se tenga tiempo suficiente para poder hablar con tranquilidad, no estar presionado por algún contratiempo, una reunión importante en los siguientes minutos, etc. Kernberg (1992) en su trabajo con pacientes limítrofes los cita al final de su consulta, son su última cita, la cual la puede prolongar un poco más si es necesario. Aquí la noción del tiempo y del encuadre tiene su especificidad y es parte de este encuentro. No es recomendable dar una cita si no se cuenta con el espacio suficiente para la entrevista de primera vez. El que puedan ser citados de manera programada, igualmente nos indica la posibilidad de un “Manejo Ambulatorio”.

En nuestra experiencia solo en casos extremos indicamos la hospitalización o el hospital de día, en general la indicación es médica y en el menor de los casos psiquiátrica ya que nosotros trabajamos solamente con AN primaria, con quien preferimos el trabajo individual, familiar y de grupo, sin que salga de su circuito cotidiano, familiar, educativo, ya que es un problema extra una vez que lo ha roto y experimenta los beneficios secundarios de la enfermedad a través del aislamiento y el evadir las responsabilidades escolares, de pares y sociales, el re-integrarlas a su circuito personal.

Pero todo esto implica poder contar con una figura definida, clara y disponible que coordine los tiempos y al equipo: Y ese somos nosotros como coordinador del equipo interdisciplinario. Para dejar de ser un personaje propio y pasar a poder ser una figura que permita acumular en un segundo tiempo las olvidadas primeras pertenencias no – yo. Tenemos que recordar que el trabajar con sistemas que funcionan alrededor de la escisión (omnipotencia, dependencia y perversión) activa en nosotros los rasgos no resueltos: omnipotentes, dependientes y/o perversos. Por lo que nuestra participación mental durante la entrevista debe considerar tales avatares y elaborar sobre tales situaciones. Esto incluye a los terapeutas con antecedentes de TCA, quienes deben estar muy atentos ya que no basta con haber sufrido la enfermedad para entenderse, fue suficiente para saber del otro, pero no necesariamente de uno mismo. Que escuchamos con demasiada frecuencia y quienes se sienten autorizados a serlo solo por padecer, no por observarse. Y poder regresar a la concepción analítica en donde la posibilidad de entender el funcionamiento mental se basa en poder haber explorado el sufrimiento propio y haber descubierto sus amarres en las conductas actuales y las anclas en nuestros ancestros: vivos y muertos.

7. Perspectiva Histórica de la Conducta Alimentaria y Resistencias.

Cuando nos preguntamos por qué la “conducta alimentaria” tomará tiempo en ser visualizada cual “carrefour” de las enfermedades crónicas, y creemos que la estructura del conocimiento actual sobre el sobrepeso y obesidad. Hoy el ser humano encuentra un ábaco para pesar, contar, medir y observar su desdicha y miseria a través del peso y la obesidad como referencia extrema, evocadores de la terrible pesadez común denominador de la naturaleza humana (Calvino, 1984, Kundera, 1972), de la que la sociedad actual busca liberarse o promete lograrlo, descubrimiento social de una trascendencia enorme y compleja.

Denominación social tan importante como en su momento lo fue el descubrimiento de la perspectiva anatomo-clínica (Foucault, 1963, p 11), Foucault señala que la filosofía de los elementos y sus leyes, encuentran en la muerte aquello que en vano habían estado buscando en la matemática, la química, y en el mismo lenguaje: un modelo insuperable y

dictado por la naturaleza, que define el paradigma de la medicina occidental moderna, al volver perceptible el conjunto de la experiencia médica, volviendo posible la inscripción de las secuencias de la simultaneidad y sucesión, "... descubriendo los procesos de alteración propios a la enfermedad, así como la degeneración consecutiva a toda muerte, se nos ofrece con las virtudes de un nuevo corte transversal de lo desconocido" (Barriguete, 1995, 1999).

"Es el inicio de su articulación en un discurso signifiante, en el cual nosotros tenemos el hábito de reconocer, por un acto de conciencia endormecida, el lenguaje de una ciencia positiva" (Foucault, 1963, p 22), que a su vez excluye todas las dimensiones de lo especulativo, lo incierto, lo inquietante (Barriguete, 1997). De esta manera el dolor será para siempre un tema clínico esencial en la relación médico paciente, siguiendo este enfoque, y llevando lejos las ideas originales de Foucault, diremos que mientras que el sufrimiento permanecerá escondido en los ojos del médico "congestionados por el formol", viendo por esta clínica al cuerpo y ciego al sufrimiento, alejado de lo que atañe al paciente y autorizado a mantener a distancia lo propio, en aras de la relación (Barriguete, 1997).

Esta clínica médica permitirá la exploración del dolor y la justificación del abandono al sufrimiento, como un legado afectivo de la muerte. En esta plataforma de conocimiento aparece un nuevo planteamiento que funda las experiencias médicas; como la relación médico – paciente, y su lenguaje, este lenguaje médico va a recorrer por años, los espacios de los signos y los síntomas, con el silencioso antecedente afectivo del olvido del sufrimiento; con el objeto de concentrarse en la localización del dolor en el otro, síntoma por excelencia, método que refuerza la escisión entre mente y cuerpo; entre uno y uno mismo; entre uno y el otro; entre el individuo y su familia; entre el saber y lo desconocido, etc., .

"La manera en que este saber médico se construye definen a la vez las posibilidades históricas de tal saber, el dominio de su ejercicio y la estructura de su racionalidad", como lo sugiere Foucault (Barriguete, 1997). Y: "La imposibilidad en la cual la práctica médica se encuentra para poder aprehender el sufrimiento rebasa in extenso el dominio de su conocimiento" (Barriguete, 1997).

Primero se piensa que la "conducta alimentaria" en las sociedades occidentales post-modernas es frecuente y lo será mayormente, ya que a la caída de las grandes ideologías el ser humano se derrumba la posibilidad que las soluciones vitales provengan de afuera, se dispara el enfrentamiento con la compleja realidad, se busca entenderla y darle solución en el corto plazo, en su realidad actual, de aquí una de las razones del por que la "conducta alimentaria", aumenta su trascendencia.

Históricamente el modelo médico adolece de la posibilidad de integrar complementariamente el tratamiento, al haber renunciado a la exploración del sufrimiento (Ricoeur, 1994; Barriguete, Holtz, 1995; Barriguete, Botbol, Lootas, 1999). Se revisa la "Conducta Alimentaria", se plantea una nueva integración para su entendimiento, que redunde en planteamientos actuales para la clínica, y en especial en referencia con la alianza terapéutica.

8. La Alianza Terapéutica: Indicador de Relación.

El espacio intermedio. Espacio intermediario. Espacio transicional y la consulta terapéutica. La alianza terapéutica, de una entrevista a la consulta terapéutica. La Enacción entre filiación y afiliación.

Sin lugar a dudas el actual espacio íntimo de reflexión en los trastornos de la conducta alimentaria es "la relación", ese tercer espacio que tanto intriga al clínico, la relación entre el paciente y el analista.

Será en este espacio intermedio y en su mejor caso intermediario y transicional, el que

sea el escenario de los teatros de ambos protagonistas. Es aquí en donde “la transferencia” aparece y nos permite descubrir la historia dicha y la callada. Sin que esto nos aleje de una lectura detallada de la misma. En este espacio de la relación encontramos junto con “la transferencia”, otros aspectos de la relación, que no son puramente inconscientes, aspectos pre-conscientes y conscientes, los cuales no dejan de estar matizados por lo inconsciente, pero a su vez cuenta con una especificidad propia.

Dentro de la literatura psicoanalítica encontramos información sobre este tipo de intercambio dentro de la relación terapéutica con el nombre de: “alianza terapéutica”; “alianza de trabajo”; “alianza terapéutica” (Zeltzer 1956; Loewald 1960; Stone 1961, 1967; Gitelson 1962; Tarachow 1963; Greenson 1965, 1967; Friedman 1969). Hay otros que han hablado como un acuerdo mutuo: “contrato terapéutico” (Menninger 1958). Greenson y Wexler (1969) en una búsqueda de definición escriben: “una relación no neurótica, racional, y razonable que el paciente tiene con el analista y que le permite trabajar pro-positivamente en la situación analítica”. Igualmente mencionan esas ganas de “estar bien” que presenta el paciente.

Es un planteamiento interesante, pero muy rápido para dejarnos entender el funcionamiento mental de nuestras pacientes y sus familias. Igualmente interesante para interrogarnos sobre los fracasos terapéuticos. Algo parecido a esta perspectiva psicológica sucede cuando escuchamos enfoques basados en las perspectivas de las adicciones en donde dejan fuera del proceso terapéutico individual la posibilidad de hablar, observarse y descubrir-se como el canal a otro tipo de terapias.

Freud nunca propuso un espacio definido como “alianza terapéutica”. Lo terapéutico fue enfocado en el concepto global de “transferencia”, la cual fue dividida en dos tipos la positiva y la negativa (1912). Las primeras tendrían dos tipos las transferencias de sentimientos amistosos o afectivos (de los cuales el paciente se percataba) y de las transferencias que representaban un regreso, de manera distorsionada posiblemente, de las relaciones infantiles eróticas, estas últimas eran re-vividas en la persona del analista (no recordadas), estas transferencias junto con las negativas serían las responsables de las resistencias al tratamiento.

Bueno en nuestras pacientes la posibilidad de trabajar juntos depende primeramente de la posibilidad que ofrezca el analista a que se instale un espacio intermedio y posteriormente intermedio.

El espacio intermedio. La primera consulta, funciona como ejemplo de lo que tendrá que persistir y elaborarse en las subsecuentes. Buscamos crear un espacio en donde las diferentes versiones y perspectivas, individuales, de pareja, familiares, sociales y culturales puedan aparecer.

El funcionamiento mental del analista será el encargado de poder ofrecer este espacio propio, ya que es él el que lo delimita y define. Las dificultades se encuentran en los vestigios de los rasgos de carácter no elaborados en sus respectivos análisis y auto-análisis posteriormente. Esto es muy importante por que son rasgos de carácter que obnubilan la creación de un espacio intermedio en donde sean los otros quienes puedan depositar sus contenidos conscientes e inconscientes. Se identifican fácilmente las resistencias en las contra-actitudes de pre-juicio sobre los tratamientos previos o acerca de los otros equipos terapéuticos nacionales o extranjeros que pudieron haber tratado a la paciente o a la familia.

Es frecuente escuchar de parte de colegas psicoterapeutas críticas feroces sobre tal o tal grupo que se dedica a los trastornos, lo cual responde al funcionamiento mental primitivo no elaborado de parte de los especialistas. Tal vez es una realidad histórica en tanto que los equipos o grupos llamados terapéuticos son de reciente formación menores de 5 años

y presentan el conocido síndrome del “furor curandis”. Cuando escuchemos acerca de un programa, grupo, o colega con quien no podamos retomar sus aciertos y desatinos, respetuosamente, facilitando el desarrollo, es mejor no ofrecer la consulta de evaluación y canalizarlo directamente a otro equipo, de lo contrario no estaremos habilitados para explorar los aspectos transferenciales positivos y negativos.

Siempre debemos estar con las manos libres para poder decidir si nuestro programa es el mejor para lo que sufre la paciente con AN. Me parece interesante detenerme para reflexionar sobre la poca práctica de la exploración clínica y la decisión terapéutica en donde parece que con frecuencia se deja anclado, comprometido al que la realiza, el doctor está obligado a tratar a todas las pacientes, esto limita la posibilidad de ellas, desgraciadamente una práctica poco frecuente en la clínica, tal vez por motivos económicos. Es importante no aceptar antes de explorar y no caer en las demandas urgentes de los padres, corriendo el riesgo de constituirse en los personajes de sus objetos internos parciales de los padres, que con la misma velocidad dejaremos de ser los mejores para pasar a ser como la larga lista, los peores.

Freud, en 1913, escribe sobre la necesidad de establecer una “transferencia efectiva, previa a que se establezca totalmente el trabajo analítico”. Freud pensaba que había que esperar hasta que una transferencia efectiva se estableciera en el paciente, una relación con él. Recuerda que “el primer objetivo del tratamiento es que se apegue a esto y a la persona del doctor”. Señalaba Freud estas dos dimensiones de la relación, la capacidad de apegarse con cierto “gusto”, “interés” (que tendrá que ser el que reine en el interior de la paciente), y con la emergencia de sentimientos y actitudes provenientes de su historia.

Espacio intermediario. Una vez pudiendo permitir que lo previo clínicamente pueda coexistir con lo “previo”, de la historia y del inconsciente, pasamos a otra dimensión relacional, la del espacio intermediario. En este nuevo espacio, paciente y familia podrán ser escuchados y el terapeuta no representa a un grupo, o a una postura teórica o clínica, sino se constituye en una nueva posibilidad de observarse, de asociarse y revivir transferencias tempranas tanto de la paciente como de la familia. Pero aquí surge otro “carrefour” que es una dificultad por ser una opción de intercambios.

Cuando uno funciona frente a un sistema personal y familiar con mayor razón, que gira alrededor de mecanismos mentales de bajo nivel, como la escisión, se activan en el observador los rasgos no elaborados, principalmente que tocan la omnipotencia, la dependencia y la perversión, lo cual nos pone en la posibilidad de coludirse con la familia en sus demandas urgentes y parciales, que la familia tiene para evitar la exposición a la ambivalencia, la angustia, la frustración. Y me refiero nuevamente a espacios escindidos de la representación de sí-mismo y de los objetos del terapeuta. Este espacio tendrá que ser defendido como lugar común y accesible a todos, incluyendo al observador llamado terapeuta.

La familia y el paciente exigirán respuestas contundentes, y habrá que saber el riesgo que se corre identificándose con esos objetos parciales e ideales que nos ofrece para identificarnos. El tener el diagnóstico sintomático es nada hablando de los TCA. Creer que la conocemos por que cumple los criterios diagnósticos o incluso estructurales es decir nada (Sours 1974), ya que la función que tiene la conducta como objeto parcial buscador del equilibrio en el afuera es siempre enigmático, por que no siempre la misma conducta al ser una representación parcial es un mismo tipo de objeto o sí-mismo. Y el dejar el espacio abierto a la representación de afectos es fundamental, no se tiene que acudir a la historia para buscar la intensidad de la representación se adhiera a los objetos. Querer creer que es uno el experto. Todos lo quisimos creer en algún momento, pero las pacientes se ocuparon bien

de que se nos olvide lo atinado y tal vez el análisis, el gusto por la elaboración, que para ser mas atinado diría por la re-construcción.

La técnica analítica nos guía para generar un espacio de observación clínica. Freud (1933) habla que el éxito del análisis sería el desarrollar la capacidad auto-observadora sobre sí-mismo que debe tener el paciente. Es importante que la paciente sepa a que se está acercando y pueda decidir, nosotros le ayudaremos desanudando lo transferido de lo actual, aumentando su rango de self-awareness y de self-effectiveness (Bruch 1973).

Igualmente tendra uno que ir caminando con la familia. Bruch (1973) fue la primera en insistir en evitar las interpretaciones (Swift 1986), las cuales son vividas como intrusiones mentales o alimentación por sonda. Existen autores como Greenson (1965 y 1967) y con Wexler (1969), que separan la alianza terapéutica de la transferencia, con el objeto de esclarecer ese espacio compartido en donde sucede la transferencia. Yo pienso que son por momentos espacios interiores diferentes, pero que ambos constituyen la intensidad de la relación analítica (ya que la realiza un analista y no implica el uso del diván).

De manera interesante estos autores señalan ciertos mecanismos del paciente que la dificultan como la erotización, la idealización, y dejando pensar que serán las partes estables del individuo lo que permite la alianza, mientras que yo pienso que son sus angustias y necesidad de calma lo que les permitirá animarse a explorarlas. Sandler (1969), lo retoma de manera interesante: "... basados en los deseos conscientes e inconscientes de co-operar, y su disponibilidad de aceptar la ayuda del terapeuta para superar dificultades internas. Que no se parecen a otro tipo de gratificaciones como el obtener placer u otro tipo de gratificación.

En la alianza terapéutica existe un tipo de aceptación de la necesidad de enfrentar los problemas internos y hacer trabajo analítico frente a la resistencia interna o externa (familias)". La idea de "confianza básica" de Erikson (1950), quien habla de la importancia de reestablecerlo como requerimiento básico para la terapia. Esto es, las ganas de "estar mejor", pero sin olvidar "los vuelos a la salud", en donde la interrupción del tratamiento se sucede posteriormente. Será muy importante poder reconocer desde un inicio los elementos trans-ferenciales que podrán establecer una alianza terapéutica.

Es cierto que la alianza terapéutica no es un requisito del tratamiento psicoterapéutico, más si un resultado del mismo. Por ejemplo Klein y sus seguidores piensan que todas las comunicaciones y conductas de los pacientes deben ser concebidas e interpretadas como transferencias de sentimientos y actitudes infantiles. La alianza terapéutica se ira conformando de acuerdo al perfil de la paciente y del analista y evocará su capacidad de trabajo y amor que tendrá que desarrollar a lo largo del tratamiento.

La noción del "contrato" siguiendo a Menninger, que busca proteger la estructura del tratamiento, y no reprimir al paciente como muchas veces con ligereza se entiende. Esta noción de protección la amplió Kernberg (1984, 1989) y su equipo, Clarkin (1989), Koenigsberg (1992) y Yeomas (1992) y nos presento ejemplos interesantes en los pacientes limítrofes. Sin que sea una constante fija la constelación limítrofe en la AN, si lo son los espacios de gran escisión, ya sea estructural o por estados regresivos de su condición adolescente o en transición.

De aquí ciertas indicaciones que he encontrado útiles para la observación de la dinámica individual y familiar de las pacientes anorécticas, en tanto que por momentos asemejan a la "organización limítrofe de la personalidad" (que no un TLP), con los mecanismos de defensa alrededor de la escisión, identificación proyectiva, la prueba de la realidad conservada con modificaciones y una identidad no bien integrada. Y ciertas indicaciones técnicas para el

tratamiento como el trabajar cara a cara, utilizar la asociación libre modificada, frecuencia de 2 a tres veces por semana. Hacer énfasis en el aquí y el ahora, sin temer remontarse a la historia. Además, trabajar principalmente con la aclaración y confrontación, ambos posteriores a una buena sintonía afectiva. Para con esto poder facilitar el paso de las representaciones parciales a la integración de representaciones totales (representaciones de si-mismo y de objeto), que nos permitan trabajar a rededor de la re-construcción mas que de la interpretación. Poder hacer modificaciones a la neutralidad en cuanto a poderla restaurar e igualmente poder contar con terapeutas auxiliares.

Espacio Transicional y la Consulta Terapéutica. Durante la primera entrevista con las pacientes con AN y TCA, parte del objetivo es sentar las bases para poder desarrollar un espacio común que permita tener las características de “un espacio transicional”, en donde puedan empezarse a jugar lo real y lo imaginario, y las expectativas tempranas de los padres puedan volver a retomarse.

Y que igualmente que la conducta alimentaria juega un factor que busca estructura, la consulta sea un espacio externo que posibilite la depositación de aquello que incomoda y des-estructura. Tenemos que recordar la definición de las conductas de dependencia. Jeammet (1992), quien retoma Winnicott clínicamente y las describe: “Las conductas de dependencia (dependencia a las sustancias psico-activas, dependencia a las conductas repetitivas, dependencia interpersonal, dependencia a las situaciones (Barriguete y Barriguete 1997) constituyen una de las modalidades de funcionamiento individual para asegurar su equilibrio. Estas conductas no son exclusivas de una personalidad patológica, sino que se sitúan en un continuo normal - patológico dentro del cual los factores biológicos, psicológicos y del entorno están íntimamente relacionados”. Toca a nosotros los psicoterapeutas dedicados a los TCA, permitir la “alianza terapéutica”, antes de pedirla.

Cuando recordamos a Winnicott me viene a la cabeza “Playing and Reality” (1971), que el título mismo implica una filosofía aplicable a la clínica e interesante para nuestras pacientes. El eje de este libro póstumo de Winnicott es su artículo sobre los objetos y los fenómenos transicionales (1951), en donde abre la reflexión sobre las “áreas intermedias”, esos espacios que tienen que ver con los espacios internos y la realidad externa, que serán poblados por esos objetos que serán usados para construir esta realidad intermedia en donde encontramos la creación y la cultura. Winnicott nombra al bebé como un gran creador y a su madre como una virtuosa igual que al padre. Dice atinadamente que lo importante en la creación de estos espacios no son los objetos “sino el uso que se les de a estos”.

Como por arte de magia Winnicott bautiza los momentos y el de “la primera posesión no-yo” resulta importante para nosotros. Del juego con sus dedos y labios, pasa a la conquista del uso de trapitos, muñecas o peluches. Tenemos que detenernos unos instantes en este paso. Para que ese trapito se convierta en su “primera posesión no-yo”, debe de haberse cumplido ciertas pautas, siendo la primera el poder haber descubierto el alimento, la comida, sus elementos y haber podido renunciar al mismo y dejar que la alimentación sea un fin y se convierta en un medio, que incluso sea objeto de juego, pudiendo haber pasado por que el objetivo de la pulsión no es el placer sino el objeto en si mismo, como señalaba Fairbairn.

De alguna manera pienso que existe una dificultad en estas pacientes y familias de poder inventar un espacio entre ellas y sus madres, ellas y sus padres, el erotismo oral y la relación de objeto, de lo parcial a lo completo, de la proyección a la actividad creativa. De lo que se trata es de “la primera posesión”, de su experiencia subjetiva de ser y tener, a través de “la posesión no-yo”, es muy importante, porque se ejerce la mismidad por contraste y la diferen-

cia por experiencia. Y posteriormente hará general “la experiencia con otro que no sea yo”.

La relación clínica, de aquí la idea de observación, deberá poder constituirse como un “fenómeno transicional”. Para lo cual tendrá que poder definir su naturaleza; la capacidad de la joven para reconocer la relación como un espacio que permite la aparición de sus “objetos no-yo”, y los recuerdos de los mismos; el lugar de los “objetos no-yo” en sus relaciones, actuales y tempranas; su capacidad para crear, pensar, organizar, producir y olvidar un “objeto no-yo”; el desarrollo de una relación con sentimientos. Con el objeto de que pueda acudir a este proceso de transición en momentos de ansiedad o tristeza, que le permitan comenzar a elaborar co-reconstruyendo se debe trabajar en la re-construcción de lo “dominios relacionales” sugeridos por Stern (1985, 1995), al referirse a cambios cualitativos de experiencias interpersonales, los cuales co-existen simultáneamente a lo largo de la vida. Nosotros estaríamos pasando por varios niveles, por el subjetivo y el verbal, y en el mejor de los caos el nuclear y el emergente, a través de la evocación del self verbal y subjetivo de la madre y el padre en las evocaciones maternas y paternas, y lo trans e intergeneracional siguiendo a Lebovici (1998). Pienso que este sería uno de los objetivos eje de la observación con pacientes anorécticas desde la primera entrevista, dándose las bases de la relación, llamada alianza terapéutica, que tendrá que incluir los espacios inter-subjetivos. Y que sea otro el descubrimiento de estas “aprendices de brujas”. Sin olvidar a los padres y su postergada tercera individuación.

La Alianza Terapéutica, De una entrevista a la consulta terapéutica.

Por que algunas entrevistas son consultas terapéuticas? es decir, la experiencia misma pudo ayudarles a descubrir algo de su historia que les evitaba descubrirse como sujetos actuales con gustos y necesidades diferentes y otras similares.

Pienso que son las que han podido evolucionar en corto tiempo y con la participación de todos de un espacio intermedio a intermediario y a transicional, permitiendo en el mejor de los casos encontrar como señala Lebovici (1983):

1. Generar la observación de la interacción entre la madre y la paciente, y eventualmente con otros miembros de la familia, sobre todo el padre.
2. Permite a los padres hablar de ellos mismos, de sus familias, de su pasado y de la repetición de sus conductas. Estas consultas permiten la evocación de sus fantasmas proyectados sobre su hija adolescente.
3. Autorizan al terapeuta-observador intentar comprender, con la ayuda de los padres las motivaciones conscientes e inconscientes de sus conductas.
4. Exige a los terapeutas poderse identificar intensamente a los socios de esta interacción. Y al mismo tiempo tendrán que hacer llegar palabras que puedan ser capaces de: A. decir aquello que han vivido en ese torbellino identificatorio en donde las representaciones aún-no-nombrables se ligaron a las representaciones de las palabras; b. desligarse de las identificaciones primarias mencionadas anteriormente para poder llamarlas por su propio nombre “Yo”, “mío”, que corresponden a ese desligamiento indispensable para el desarrollo.

En el mejor de los casos, la consulta terapéutica permite a los padres modificar sus proyecciones fantasmáticas sobre su hija anoréctica y poder renunciar a la búsqueda de confirmación narcisista que le imponen a esta.

La Enacción, entre la Filiación y la Afiliación. Lebovici ha comenzado a poner en ejecu-

ción la noción de “Enaction”, para enunciar y llamar nuestra atención sobre ciertos procesos que se suceden durante el desarrollo, así como en la vida adulta y en el espacio terapéutico. El concepto de Enaction parece que puede conducirnos a generar reflexiones interesantes referentes al concepto transgeneracional. Y a su vez a la clínica psicoanalítica.

Para Lebovici lo transgeneracional es la organización del Edipo, como conflicto esencial, el lazo entre los padres y el niño a nivel de la organización de la sexualidad infantil y de las identificaciones, por lo que la organización transgeneracional sitúa teóricamente (siguiendo la perspectiva citada) a cada uno en su sexo y en su generación.

En la constelación familiar de pacientes con TCA, frecuentemente encontramos a padres que no quieren (y/o pueden) asumir su función paterna en donde género y generación no están asumidas, y la madre al aceptarlo (habiendo sido una elección de pareja inconsciente), intenta ser una mejor madre que la suya, queriendo revalorizar a su propio padre, pero quedando ella a la deriva como mujer y madre. Parecería que hubiese un incesto que se consuma espiritualmente.

Otro ejemplo lo observamos en casos de terrores nocturnos (fantasmas en el cuarto de los bebés), en donde la organización de la vida psíquica del niño se encuentra en función del transfer paternal de la madre del niño: el infante sustituto del abuelo. El bebé está responsabilizado de prohibir la sexualidad al padre. Cuando observamos que existe una colusión entre ambos padres, es cuando se sucede un verdadero destino transgeneracional el cual se repite y es imposible escapar.

Para Lebovici existen ciertos puntos nodales: 1. el objeto es investido antes de ser percibido; 2. la utilidad de la teoría psicoanalítica en el estudio de las interacciones precoces; 3. e inversamente; la utilidad del estudio de las interacciones precoces como aportación a la teoría psicoanalítica y, 4. El mandato transgeneracional (MTG).

Lebovici dejó el legado del interés por regresar constantemente a su reflexión clínica, a las consultas terapéuticas (su modalidad de terapias breves con bebés), y la utilidad del entendimiento del concepto de MTG, aclarando que no solo es benéfico para el manejo de la relación mamá-bebé (papá), sino que con adolescentes en donde se asemejan los lazos psicopatológicos. Surgiendo la utilidad por ejemplo del genograma (filiograma) poniendo en manifiesto las ligas latentes y manifiestas que se juegan en las conductas de apego, separación e individuación, etc.

De esta manera propone Lebovici entre en el espacio de la intersubjetividad, que es en la actualidad la modalidad de trabajo en el análisis; es entrar en el cuestionamiento de la Contra-Transferencia (CTF), de la enaction. El concepto de enaction está relacionado con el concepto enactment (inglés; promulgación, estatuto) y el término mismo en francés definido por las teorías cognitivas. Este enfoque se compone de dos puntos: 1. la percepción consiste en una acción guiada por la percepción; 2. las estructuras cognitivas emergen de los esquemas sensorio-motores recurrentes que permiten a la acción ser guiada por la percepción, los representacionistas se abocan al estudio del tratamiento de la información.

El punto de partida del enfoque propio a la enaction es el estudio de la manera en la que el sujeto perceptivo llega a guiar sus acciones en su situación local. En la medida que las situaciones mismas se transforman constantemente resultado de la actividad misma del sujeto. Un mundo interactivo. Es esta estructura -la forma en la cual el sujeto perceptivo es inscrito en un cuerpo-, más que un mundo pre-establecido, que determina como el sujeto puede actuar y ser modulado por los hechos de su entorno.

Al referirse a este concepto Lebovici ha mencionado el término de “mise en acte”, sin

que le satisfaga, habiéndolo escuchado a Ana Freud. Más que buscar una traducción piensa que corresponde a ciertas actitudes que tiene durante las consultas donde siente su cuerpo responder empáticamente (sin tener que tocar a la gente, obviamente), sin tener que hacer aquello que tiene ganas de hacer: mi cuerpo responde y la acción no es exteriorizada, es una acción dentro de mi cabeza. A mi entender la empatía comporta una enaction. La empatía es moverse dentro del cuerpo mismo, en la motricidad interna, sería moverse, inquietarse a partir del la CTRF. Sería la enaction, el moverse, agitarse empáticamente.

Es en este espacio donde se sucede una escenificación interna como movimiento CTRF. Re-sentir al otro a nivel corporal. Para que suceda esto tiene que pasar por el narcisismo. A Lebovici le he escuchado decir que habla de su narcisismo debilitado de persona vieja, lo cual lo siento cada vez más, mis fuerzas se van yendo poco a poco y al reconocer que puedo percibir otro tipo de intensidades y que yo lo siento me agrada narcisísticamente. Se trata de un movimiento auténtico y que uno controla relativamente, pero al límite de la pérdida de control, de donde surge el conocimiento.

La enaction sería el proceso cognitivo que permite la creación, el descubrimiento de la metáfora cargada de sentido por todos los asistentes del encuentro terapéutico. La escenificación vivida toma la función de una interpretación sin que la interpretación secundarizada sea formulada, lo cual sucede frecuentemente en el caso de los tratamientos de niños.

9. El Desarrollo, Alimentación, Conductas y Trastornos.

Nuestro enfoque busca entender los trastornos con un enfoque del desarrollo, no solo físico y emocional, sino familiar de grupo y social. De aquí que el enfoque de reflexión basado en la “conducta alimentaria”, nos ofrece muchos espacios nuevos para el tratamiento y la prevención de los trastornos.

9.1. Lactantes. Barriguete y Martín Maldonado-Durán (2003).

Para una lectura a profundidad sobre lactantes y conducta alimentaria, con el interés de explorar las interacciones precoces y la psicopatología, le sugerimos consultar una obra de reciente del primer autor, intitulada *Psiquiatría perinatal e intercultural* (2003).

Bases Diagnósticas DC: 0-3 (DC: 0-3, 1997). La clasificación diagnóstica para lactantes propuesta en 1994 por el Centro Nacional para Programas Clínicos Infantiles, es una interesante propuesta no solo porque norma y sugiere el trabajo con esta época fundamental de la vida, sino que propone una secuencia que busca el entendimiento del desarrollo a partir de su riqueza y complejidad.

Objetivos clínicos. Tiene como objeto el que los clínicos A. Reconozcan las diferencias individuales de los bebés, en procesar las sensaciones, organizar la experiencia e implementar la acción. B. Observar y entender la interacción infantil en especial con sus figuras importantes. C. Explora el impacto de la familia, de la cultura y de los patrones culturales en el desarrollo infantil. D. Capta la dimensión cualitativa de los procesos adaptativos infantiles (DC: 0-3, 1997: p 7).

Factores clínicos y enfoque amplio.

La base es concebir el diagnóstico como un proceso continuo, que permite una primera aproximación, la cual será revisada de acuerdo a la evolución e incluso replanteada, modificada o ampliada, en contra de toda aproximación reduccionista.

Se han identificado diversos factores que presionan al clínico evitando explorar y proponer modelos ricos y complejos, destacan:

1. Problemas económicos en donde se busca reducir costos y aumentar resultados, consultas reducidas en tiempo.
2. Presión conceptual, por hacer un diagnóstico de enfermedad mental y trastorno del desarrollo a partir de la sintomatología y de los indicadores biológicos. Dejando fuera las relaciones infantiles, los patrones familiares, la dinámica interactiva compleja con las figuras importantes, lo cual puede generar falsos o parciales diagnósticos, que tendrán consecuencias en el tratamiento y evolución, al dejar fuera a su entorno familiar en la reflexión de la problemática y en el planteamiento de soluciones. Una fuerte alianza terapéutica con los padres es fundamental (DC: 0-3, 1997: p 8).

El “DC: 0-3”, busca facilitar la observación directa del bebé.

1. A través del relato de los padres acerca de sus observaciones referentes a las dificultades físicas, cognitivas, de lenguaje, sociales, emocionales o familiares, de su hijo o hija pequeña, desde el embarazo al momento actual. Se busca identificar conjuntamente con los padres las áreas de dificultad y de oportunidad.
2. Son muy importantes las observaciones de las interacciones espontáneas del bebé con sus padres, y como las facilitan o no.
3. El clínico interactúa con el objeto de conocer la respuesta del bebé al entorno y su capacidad para apoyarse en el mismo.
4. La observación del bebé en su entorno educativo o terapéutico es importante a ser tomada en cuenta, así como tratamientos o intervenciones previas, etc., (DC: 0-3, 1997: p 9).

Principios clínicos. Es importante recordar que se evalúan individuos y relaciones y se clasifican trastornos no personas, ya que éstas no son definidas por sus diagnósticos psiquiátricos como lo dicho en su momento Emde, y Rutter, y Gould. Dado que el funcionamiento del bebé está influenciado de manera esencial por la naturaleza de sus relaciones tempranas, es fundamental la colaboración y participación de sus padres o figuras importantes: 1. El funcionamiento psicológico del bebé se basa en el contexto de sus relaciones. Su sentido de sí-mismo y su lugar en el mundo están tocados íntimamente por las interacciones con sus figuras importantes. 2. Las diferencias individuales, constitucionales, de temperamento, fuerzas y debilidades del bebé, siempre juegan un rol fundamental en la constitución de sus experiencias y su procesamiento. Las respuestas de sus figuras cercanas a tales reacciones deben tomarse en cuenta, evitando sobre o devaluarlas. 3. Es fundamental tomar en cuenta el contexto cultural de la familia.

El Sistema de Clasificación Diagnóstico. Este sistema de la clasificación es el primero formalmente ofrecido para los niños de esta edad (0 a 3 años). Es el producto de un acuerdo general alcanzado por autores de diferentes marcos teóricos y de varios centros clínicos infantiles, principalmente norteamericanos. El sistema de diagnóstico se avoca a las manifestaciones de los trastornos emocionales, de desarrollo y las alteraciones de la relación, que se observan en los infantes y los niños pequeños, como ejemplos interesantes está la revista “Devenir”, su editor Guedeney, y la editada por la WAHIM.

El DC (diagnostic criteria), se propone a partir del sistema de 5 ejes de la cuarta edición del Diagnóstico y Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV, APA, 1994). Los autores señalan que la clasificación “0-3” no busca reemplazar los sistemas nosológicos actua-

les, en cambio apunta para complementarlos para los niños en este rango de edad.

Eje I. Los diagnósticos reflejan los rasgos más prominentes del trastorno y se limitan a siete categorías de diagnóstico mayores: 1. trastorno por estrés traumático; 2. trastorno del afecto; 3. trastorno de ajuste; 4. trastorno de regulación; 5. trastorno de la conducta del sueño; 6. trastorno de la conducta alimentaria; 7. trastorno de relación y comunicación.

El eje II. Explora trastornos de la personalidad y retraso mental. Dado el incipiente desarrollo del lactante, no se incluye el tema de personalidad. Y solo el de retraso.

Eje III e IV se parecen al sistema DSM-IV, en lo referente a las condiciones médicas y a los estresores del medio ambiente.

Eje III se utiliza para describir condiciones médicas y de desarrollo que afectan al niño, así como los trastornos incluidos en otras clasificaciones de diagnóstico, como el DSM IV cuando tal desorden también es evidente en el niño.

Eje IV describen estresores psico-sociales según su severidad, duración, e impacto global.

Eje V se refiere al nivel de desarrollo funcional y emocional del niño(a), de acuerdo a ciertas guías.

Un gran paso, que supera al DSM-IV e ICD-10, es la formulación de trastornos de la relación y sus alteraciones, en donde no diagnostica a uno u otro individuo, sino a la relación entre los dos. Difiere a los manuales anteriormente citados en donde se asumen que los desórdenes mentales existen dentro del individuo afectado.

Chaator (1997), sugiere los siguientes puntos para diagnosticar si se trata de un “trastorno de la conducta alimentaria en lactante”: 1. Suceden en diferentes momentos de su vida, entre el nacimiento y los tres años; 2. Dificultad en establecer patrones regulares para alimentarse, sin adecuadas cantidades de comida y con efectos en el desarrollo físico. 3. La regulación de su alimento no responde a sus necesidades físicas, hambre o saciedad. 4. Para hablar de un trastorno primario, no debe de existir problemas de regulación o precipitantes como: separación, trauma, siendo estos secundarios. 5. Los trastornos como Pica y Rumina-ción, pueden aparecer igualmente en esta época de la vida.

Cultura. No existe una sección específica en el DC: 0-3, sobre los problemas de lactantes y sus familias provenientes de otras culturas. Sabemos que los lactantes son muy dependientes de la calidad de las relaciones establecidas con sus figuras importantes, las cuales son determinadas por las representaciones culturales y sus prácticas específicas a cada grupo cultural. Por esto las modalidades de cuidados tempranos, la crianza, son definidas por las culturas de pertenencia.

En la actualidad podemos decir que toda sociedad es mayor o menormente multicultural, debido al fenómeno de la migración, desde la que se refiere al paso del campo a la ciudad, de una a otra sociedad urbana, de uno a otra región, o país. Y será un trabajo a desarrollar de parte del equipo clínico cuando se trabaja con pacientes provenientes de otras culturas y con diferentes idiomas, como veremos en la sección de psiquiatría perinatal intercultural, en donde planteamos que se tome en cuenta de manera definida y definitiva las representaciones ontológicas, etiológicas, las técnicas y prácticas tradicionales que modelan las interacciones del bebé y la familia, tanto para la prevención como para la observación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los posibles trastornos perinatales. De aquí que el DC: 0-3, puede ser utilizado de manera complementaria y de apoyo en la situación clínica intercultural, siendo siempre primero el espacio cultural el que explorará el clínico.

Para el tema “cultura”, le sugerimos consultar la sección “psiquiatría intercultural” (Barri-guete, 2003).

Caso Clínico.

En la propuesta de la “Consulta Terapéutica”, Lebovici (Lebovici 1983, 1994, 1998,; Mazet & Stoleru, 1993; Moro, 1995; Lebovici Barriguete Salinas 2002^a, 2002b), alerta a sus alumnos de no imitarlo, recordemos que existe un gran cúmulo de videos con sus intervenciones terapéuticas, y sugería que cada uno siguiera su estilo propio de acuerdo a sus capacidades y formaciones específicas. Extiende y actualiza la propuesta de Winnicott, generando una atenta exploración de la relación perinatal, el o la lactante y sus padres. Los objetivos generales son: 1. propiciar la observación de las interacciones entre la madre y el bebé, eventualmente la observación de la interacción con otros miembros de la familia, en especial el padre; 2. permitir a los padres hablar de ellos, de su familia, de su pasado y de la repetición de sus conductas. Estas consultas ofrecen un marco propicio para la evocación de las fantasías proyectadas en el bebé; 3. guiar al observador-terapeuta a ayudar a los padres en la comprensión de sus conductas y motivaciones conscientes e inconscientes. Permite a los terapeutas identificarse alternativamente con los socios de esta interacción: los padres y el bebé; 4. los padres son llevados a hablar sobre su experiencia en el torbellino de identificaciones en donde existen representaciones que aún no son nombrables, que podrán ligarse a la representación de la palabra. Los padres irán progresivamente rectificando sus identificaciones primarias que puedan nombrar que están en juego en el proceso de maternaje y parentalidad que facilitarán una toma de distancia frente al bebé y el fortalecimiento del desarrollo del pequeño y de los padres.

En el mejor de los casos la consulta terapéutica lleva a los padres a modificar las proyecciones sobre su hijo y a renunciar la búsqueda de satisfacción narcisista que le ha sido impuesta al bebé. El flujo de identificaciones y contra-identificaciones necesarias en la vida de familia y para el desarrollo pueden volverse a encender. Y gracias a la empatía del terapeuta, un nuevo relato de la historia familiar podrá ser construido.

Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Lactante.

Es interesante recordar que en el desarrollo temprano la Anorexia Mental del Bebé es la más frecuente de las alteraciones de la conducta alimentaria; se define como una conducta de rechazo alimentario, sin trastorno orgánico primario, que afecta a ambos sexos.

La Anorexia Mental del Bebé (Kreisler, 1996), no se presenta en una sola forma, sino en formas variadas dependiendo de la intensidad y la cronicidad de la sintomatología del bebé y de la severidad en la psicopatología del entorno encargado del maternaje, las alteraciones de la conducta alimentaria del bebé van de:

- la anorexia común precoz del 2o. Semestre de vida, a las formas severas de la anorexia precoz, acompañadas de mecanismos mentales complejos (Chatoor, 1997, p 285).

La Anorexia Común del Bebé.

La anorexia común precoz se inserta dentro de la dinámica de la comida cotidiana, ese momento en donde la madre se encarga de alimentar a su bebé, para que crezca grande y fuerte. Esta situación relacional de la comida en la casa, conlleva una importancia e interés para la madre en la alimentación del bebé en donde la madre actúa sobre una de las características que le confiere ser madre que es la de participar y decidir sobre el desarrollo del bebé, y será también un momento de participación y decisión del bebé sobre su entorno próximo.

Nos encontramos en un momento de intensa interacción en donde se enfrentan las necesidades del bebé y los cuidados de la madre, en donde sucede un freno en la dinámica

relacional ya que no coinciden las acciones de uno con las del otro. Nos encontramos con un repudio del lado del bebé, junto con una molestia, un fastidio, de parte del entorno encargado de los cuidados maternos.

Las alteraciones de la conducta alimentaria, como toda conducta muestran una problemática específica (alimentación), y evoca dificultades que se insertan en situaciones en donde se pone en evidencia la dificultad de modificar o adecuar las conductas ligadas al maternaje ante nuevas situaciones de interacción, esto está íntimamente ligado a las características del funcionamiento mental de los involucrados, el bebé, la madre y el padre. Por eso encontramos que existe una larga gama de causas desencadenantes en la anorexia precoz común; pudiendo ir desde un suceso banal o uno patológico grave; desde una pequeña gripe, el nacimiento de un diente, algún problema digestivo o respiratorio, etc. Es frecuente que el inicio de esta modalidad de anorexia este asociada a los momentos de la ablactación o del destete, momentos importantes en donde se tendrán que enfrentar con modificaciones a la intensa relación materno-infantil de la lactancia.

Todo se inicia con un acto que parecería sin importancia de parte del bebé e incluso justificado en cuanto a rechazar la comida, ya que es cuando se ha incluido un sabor nuevo a su dieta al haber introducido un nuevo alimento, o nuevos objetos para la alimentación; biberón, cuchara, etc., (Barriguete y Pierrehumbert, 2001). Todos estos nuevos elementos que parecerían banales nos señalan la necesidad de la aceptación de nuevos objetos y técnicas, pero sobre todo el final de las modalidades previas, que tanto para el bebé como para su madre implicarán procesos de pérdida y de duelo, que pondrán en evidencia los procesos de maduración de ambos compañeros.

Los procesos de parentalización de los padres y de filiación del bebé, son resultado del interjuego de las representaciones del bebé real, imaginario, del fantasma y mítico de los padres. Por eso ese incidente menor de rechazo a la comida, una clara muestra de oposición del bebé ante una conducta delimitada y definitiva de la madre. El darle de comer, recordemos que toda madre siente que su bebé está en peligro si deja de comer, pero la sensación de amenaza y la noción de peligro dependerá del nivel de funcionamiento mental de la madre y del padre (Salinas 1992, p 169).

Lo delicado de estas alteraciones es que pueden perpetuarse tales conductas. También encontramos que posteriormente pueden presentarse otros tipos de oposicionismo, con sus hermanos, amigos, en la escuela, o incluso algunos trastornos como el insomnio, las rabietas, espasmos del sollozo.

En los casos cuando la anorexia persiste después de los 30 meses de edad, nos encontramos con casos difíciles ya que la alteración se ha organizado y estructurado en un trastorno, en general el motivo de consulta son los efectos secundarios de la conducta alimentaria, los efectos del vómito, los problemas digestivos, dolor abdominal, etc., como si la dificultad por comer hubiese dado paso a las complicaciones del niño, olvidando las dificultades en la interacción en donde se iba construyendo la relación y las modalidades del maternaje, el motivo se encuentra lejos del maternaje. Ya no es solo la expresión de una necesidad desesperada de autonomía y de la autodeterminación de sus espacios y tiempos v-v, los tiempos de la madre, sino se volvió el canal primordial de interacción con el entorno encargado de sus cuidados de maternaje, encontraremos una situación familiar desbordada, una madre desesperada y un padre que ya no aguanta más, al centro de su atención ansiosa encontramos al niño que aparece como un tirano que dirige todo y que se encuentra desesperado por cargar con tanto.

Mazet (1995, p 3-6) describe claramente como la anorexia común del segundo semestre se trata de una conducta de rechazo de la alimentación en un bebé que posee un cierto grado de autonomía y que busca controlar la situación. Y la oposición está dirigida hacia la madre, mientras que ella busca enfáticamente alimentarlo en lugar de encaminarlo a que él coma. Existe una cierta dificultad materna y paterna existe, es decir cierto grado de rigidez educativa o ansiosa sin llegar a presentar graves estados depresivos o psicóticos en los padres.

TOMAS. Caso ejemplo.

Primera Consulta: Tomás (Mazet, Stoleru, 1993, p 272-275) es un bebé de 3 meses de edad, quien es enviado a consulta por su maestra en la guardería. Su madre la Sra M, describe el motivo de consulta; “Cuando le doy de comer, no me mira....No quiere comer conmigo, mientras que come bien en la guardería....Estoy muy angustiada, “¿le estoy transmitiendo mi angustia?, Ya desde el momento de acostarlo, tengo miedo de no hacerlo bien”. La Sra. M es una joven mujer con buen contacto y agradable. Expresa en conjunto su malestar con su bebé. Tomás es un bello bebé de 3 meses, activo, fuerte, vivo y muy interesado por su entorno. Evade abiertamente el contacto visual con su mamá; llegando a desesperarse esta lo que ocasiona que lo deje en el piso. Tomás se mete los dedos en la boca y en ciertos momentos intenta morder los dedos de su madre. La situación familiar, es su primer bebé, resultado de la unión con su pareja, ‘incluso sin estar casados’. La Madre trabaja de secretaria y el Padre de Thomas es obrero en una fábrica. La abuela materna de Thomas vive cerca de ellos, la ayuda mucho, sin embargo la madre siente que es ‘un poco intrusiva’ con Tomás, así como lo fue durante su infancia y adolescencia. El abuelo materno es una figura inestable y conflictiva, abandonó la casa durante varios años y regreso tiempo después, la madre de Tomas recuerda discusiones frecuentes y violentas entre sus padres. Recuerda escenas con conductas abiertamente seductoras de parte de el hoy abuelo materno, entrando en la noche a su cuarto y decirle ‘es a ti a quien quiero no a tú madre’, habiendola acariciado en varias ocasiones, al comentar tal situación con su madre se generó otra separación y una ruptura entre los padres. Recuerda al mismo tiempo que el Sr. M, padre de Tomás fue abandonado por sus padres y recogido por la asistencia social. Habló de su embarazo y su negativa de saber el sexo de su bebé. Al final de la consulta la Sra. M reconoce que no quería venir y que nunca había hablado de su problema con su padre.

Segunda Consulta: Tres semanas después, la situación había cambiado, a decir de la mamá. El problema alimentario cesó, incluso le dio con mucho gusto algo de comer en la sala de espera, interacción llena de gusto mutuo por bebé y mamá, según lo describe la enfermera del departamento. Tal vez la Sra. M, se dio cuenta que el intercambio visual no es tan importante como ella quería en un inicio. Las interacciones diádicas eran armónicas; Tomás recibe con gusto el regreso de mamá después de una ausencia de algunos minutos por haber ido a contestar una llamada telefónica. Tomás vocaliza mucho mas y cuando esta en el piso la mamá se sienta con él e inicia interacciones lúdicas importantes. La mamá de Tomás refiere que se siente mucho mejor con su hijo, que le dijo a la abuela materna que no tenía que venir a ayudarlo con el bebé, que se quedaría sola con él. Durante la consulta no aparece el interés por hablar del abuelo materno y saber si habrá que comunicarle el nacimiento del bebé.

Tercera Consulta: Tomás tiene cinco meses, es una consulta muy interesante. El bebé es muy activo, dinámico, extremadamente interesado en sus iniciativas motoras, insiste en chupar el dedo de su madre y mordisquearlo. Las interacciones son armónicas y parece darles mucho placer a ambos. Los intercambios suceden a varios niveles: visuales, sonrisas,

vocalización, contactos cutáneos. La Sra. M habla de las presiones que ha vivido de parte de su madre y de su abuela para que no se ponga en contacto con su padre, le dicen: 'o él o nosotros'. La abuela materna de Tomás es descrita como posesiva y controladora; incluso ella quería que fuera niña y comenta que le reclamó en cierta medida que fuera un varón, mientras que la madre de Tomás le informó con gusto a la abuela materna que fue un niño, poniendo en evidencia la ambivalencia frente a su madre.

Cuarta y Última Consulta: La Sra. M, asiste a la consulta con el Sr. M., padre de Tomás y nos comunica que toda va bien, que ya no tienen problemas y que le cuesta trabajo pensar que todo ya va tan bien con Tomás. Nos comenta que le comunicó por carta a su padre el nacimiento de Tomás, a lo cual respondió el abuelo materno con un 'agradecimiento' por haberlo hecho y poderse enterar del nacimiento de su nieto. Nos comenta la Sra. M que quiere que todo siga bien y que si tiene algún problema ella nos contactará.

El padre acompaña la narración de su mujer, quien es dueña de la situación al expresarse extensamente y sentirse bien en su posición de madre, el aparece en escena acompañándola y completando sus explicaciones y compartiendo su satisfacción por la evolución positiva del problema de Tomás. Es importante señalar como aparece el padre hasta el momento que el padre de la Sra. M, se ha convertido en el abuelo de Tomás.

Comentarios. Es claro en esta observación la existencia de dificultad en las interacciones entre la madre y el bebé, y la ausencia del padre. Todo este escenario asociado con la intensa problemática de la madre con sus propios padres, en donde el nacimiento de un hijo varón despertó sus conflictos infantiles, y en donde la figura del hoy abuelo tomo una actualidad importante, obnubilando el que esta joven madre pudiera hacerse cargo de su bebé. El bebé real estaba cubierto por el bebé de la fantasía, el que está asociado con los conflictos no resueltos en la época infantil y adolescente de la madre, conflictos difíciles y amenazantes al connotar escenas incestuosas personificadas por el padre (abuelo paterno) y de intrusión provenientes de la madre (abuela materna).

Estas cuatro consultas le permitieron a la madre hablar de todo esto, lo cual generó un cambio notable en sus relaciones con sus objetos externos: su hijo principalmente, pero con su pareja también, con los hombres de su entorno próximo, resultado de haber podido re-situar su dinámica con sus objetos internos: la representación de las figuras parentales; padre y madre, dejando de manejar en secreto los rasgos de la personalidad de sus padres; la dimensión incestuosa e intrusiva, ambas habían dejado poco espacio de maniobra para el desarrollo de las capacidades afectivas de esta madre.

Los cambios repercutieron en la calidad de sus relaciones con su bebé, con su madre (abuela actual), con su padre (abuelo actual) y con su pareja la cual permanecía en un segundo plano y que pudo entrar en escena al haber dejado de ser la figura masculina un tema temeroso y al cual habría que tomar distancia. El haberle anunciado el nacimiento de su hijo al abuelo reciente pudo propiciar que ella se insertara en su filiación como hija, pero hija diferente a sus temores ya que no necesita de sus padres para crecer y generar familia, introduce la existencia de su sexualidad propia y aparte de la de los padres e incluye la existencia de su pareja con quien procrea un bebé del cual están muy orgullosos.

Es importante señalar que la forma de interacción directa del padre con Tomás se encontraba disminuida ante la dificultad de la interacción de manera indirecta (a través de la madre de Tomás), puesto que el padre de Tomás se encontraba interesado pero expectante, como esperando que su pareja le permitiera y le dijera de que manera acercarse a su bebé. Recordemos que las interacciones de las fantasías en las interacciones precoces tienen otro

antecedente importante que es la dinámica de pareja, en donde ambas conformaciones mentales son complementarias y que si el padre de Tomás hubiese sido insistente, incluso intrusivo en las interacciones precoces, en su manera directa e indirecta de interacción paterna con su bebé, la situación se hubiese tornado complicada en extremo.

Aquí nos encontramos que la sintonía afectiva en las relaciones tempranas bebe-papá es fundamental y tienen que pasar no solo por el canal directo con su bebé, sino a su vez con el canal indirecto que es a través del contacto con la madre de su bebé, para poder alcanzar finalmente una mejor sintonía, o es decir una sintonía intra (dentro del si-mismo del padre y con la díada bebé-papá) e inter-subjetiva (con la díada bebé-papá, papá-mamá y bebé-mamá). Parecería que el impacto de la figura paterna se juega dentro de una regla de tres, en donde la manera directa (papá-bebé) esta en relación estrecha y directa de la manera indirecta (papá-mamá). En este caso se observa el impacto de las interacciones cargadas de fantasías en las alteraciones de las interacciones precoces entre la madre y el bebé en un primer tiempo y de estos dos con el padre, estas interacciones son evidentemente tri-generacionales; bebé, padres y abuelos.

Es importante agregar ciertas reflexiones sobre la importancia de la dimensión trans-generacional en el entendimiento de la clínica del bebé y su familia. Es claro el impacto de lo transgeneracional. Mazet señala que tiene frecuentemente la sensación que en la medida que los padres del bebé puedan hablar de sus propios padres (los abuelos) y por ende de sus propias historias, el proceso terapéutico puede iniciarse. En esta observación clínica, se observa claramente el contenido del escenario fantasmático (la relación incestuosa con el padre) y los correspondientes trastornos interactivos madre-bebé, 'no me voltea a ver', 'no quiere nada mío', 'no quiere nada de mí', en donde se reflejaba a su vez su propia dificultad de ver y reflexionar sobre su interacción con su propio padre, el abuelo de Tomás). A Partir de los síntomas del bebé, las proyecciones maternas, observamos que el 'fantasma' (siguiendo a Selma Fraiberg), el objeto interno de la madre de Tomás, esta presente. Y de esta manera el Tomás 'se vuelve un personaje activo en el escenario escrito muchos años antes' como lo señala Cramer. En la presente observación, no sucedió ninguna interpretación explícita de la parte del consultante, más si la facilitación de nuevas posibilidades de representación y verbalización de la madre y al final del padre, dentro de un clima transferencial positivo, lo cual tuvo efectos decisivos.

9.2. Niñas y Niños. Evaluación de las Alteraciones del Comer y la Alimentación en la Infancia.

Dado que estos problemas tendrán repercusiones directas en el desarrollo y crecimiento de los niños, son de gran importancia y generan una seria preocupación en las madres y familiares, así como en el pediatra. Se piensa en un inicio como un problema nutricional, ya que propicia el fracaso al crecer o la mala nutrición, incluso desnutrición, a lo cual se debe asociarse la dimensión conductual, emocional y familiar para tener un cuadro mas completo, y la conducta alimentaria nos lo permite plantearlo de esta manera. Para una lectura mas en detalle, en donde la dimensión psicopatológica tiene relevancia, le sugerimos consultar: Maldonado-Duran y Barriguete, (2002)

Criterios Diagnósticos (DSM IV-TR): Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria De la Infancia y la Niñez. Hasta los Seis Años de Edad.

Se refiere a trastornos que se diagnostican por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia. Varios presentan su diagnóstico hasta la edad adulta (p. ej. T déficit de la atención con hiperactividad).

Estos trastornos pueden existir conjuntamente con los del Eje I. O cualquiera del DSM-IV-TR.

PICA.

- a. ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante por lo menos 1 mes.
- b. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- c. La ingestión y la conducta alimentaria no forma parte de sus prácticas culturales.
- d. Si la ingestión y la conducta alimentaria aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

T. DE RUMINACION O RUMIACION

- a. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos 1 mes después de un periodo de funcionamiento normal.
- b. La conducta en cuestión no debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo gastro esofágico).
- c. La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nervosa o de una bulimia nervosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

T. DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

- a. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- b. La alteración no se debe a una alteración gastro intestinal, ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo gastro esofágico).
- c. El trastorno no se explica por la presencia de otro trastorno mental ((p.ej., T de Rumination). O por la no disponibilidad de alimentos.
- d. El inicio es anterior a los 6 años.

9.3. Adolescentes y Adultos. Criterios diagnósticos.

A continuación enumeramos los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV-R, apoyado en la sintomatología y buscando tener un discurso común entre los clínicos, para una lectura detallada le sugerimos referirse a un texto reciente del 2004, que elaboramos específicamente sobre los TCA, Suárez, Barriguete y Maldonado-Duran (2004).

Evaluación Multiaxial (p, 33).

Implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información, ayuda en el planteamiento clínico del tratamiento, evolución y pronóstico (DSM IV-TR, 2000).

Formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, la complejidad de las situaciones clínica y heterogeneidad de las pacientes.

Promueve el modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

Cinco Ejes. Eje I. Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II. Trastornos de la personalidad: TP Grupo A; TP Grupo B; TP Grupo C; TP no Especificado y mecanismos de defensa. O retraso mental.

- Eje III. Enfermedades médicas.
- Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V. Evaluación de la actividad global (EEGA).

Diagnóstico integral.

Es frecuente escuchar que las pacientes son ingresadas a los servicios de los diferentes hospitales y clínicas privadas, sin un detallado proceso de evaluación diagnóstica, sufriendo de esta omisión tiempo después cuando el perfil del servicio clínico no corresponde a la necesidad de la paciente y su familia. Por lo que es fundamental conocer en detalle previamente el perfil clínico del equipo terapéutico, y también la dimensión física y emocional de la joven paciente y la dimensión emocional de la familia.

9.3.1 ANOREXIA NERVOSA.

9.3.1.1 Criterios diagnósticos.

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal).
2. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
3. En la mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; p.ej., ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. (Ciclos sin ingestión de estrógenos). Especificar tipo: Tipo Restrictivo: durante el periodo de AN, la paciente no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej., provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Tipo Compulsivo / Purgativo. Durante el episodio de AN, la paciente recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej., provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Con relación a la clasificación de la anorexia nervosa, Bruch ha distinguido una forma primaria y una forma secundaria.

En la anorexia nervosa primaria, la búsqueda de un cuerpo delgado refleja trastornos en el dominio del propio cuerpo, en la imagen corporal y en las sensaciones internas. En esta clasificación, el sujeto anoréxico experimenta una pérdida de peso como resultado de una restricción de alimentos de su dieta impuesta por él mismo.

Esta situación se acompaña frecuentemente por una excesiva actividad física. Estos sujetos se caracterizan por ser muy inteligentes, introvertidos, muy sensitivos, perfeccionistas, compulsivos y con serias deficiencias en el desarrollo personal (Tenorio Ramos, S., 1995).

En la anorexia nervosa secundaria, se observa una pérdida de peso como resultado de alguna enfermedad psiquiátrica como la depresión o la esquizofrenia; en este caso, la anorexia nervosa se debe a una interpretación falsa de la alimentación y no a la búsqueda de una pérdida de peso corporal (Tenorio Ramos, S., 1995).

9.3.1.2 Cambios conductuales

Podemos citar varios cambios conductuales que se presentan en la Anorexia Nerviosa, entre ellos:

- Gran autocontrol
- Miedo a la pérdida de autocontrol.
- Inhibición de las emociones
- Mayor tendencia a la ansiedad y hostilidad.
- Gran responsabilidad y perfeccionismo.
- Baja autoestima.
- Fuerte inhibición social.
- Introversión.
- Rigidez
- Tendencia a agrandar a los demás.
- Mayor tensión, agresión y tendencia al acting out.
- Miedo a la obesidad.
- Escasa capacidad adaptativa de los esquemas de pensamiento.

9.3.1.3 Riesgos y complicaciones

Los trastornos de la alimentación pueden ser mortales, en particular la anorexia, ya sea restrictiva o purgativa, y es una de las enfermedades psiquiátricas más letales que existen. Las complicaciones resultan básicamente de los estados de inanición y los frecuentes comportamientos purgativos (de Zwaan & Mitchell, 1992). Se entiende por purgación todos los comportamientos compensatorios para deshacerse de las calorías ingeridas o para disminuir el peso por la pérdida de líquidos corporales.

Las complicaciones médicas y los riesgos más frecuentes son:

- Aumenta el riesgo de contraer infecciones.
- El metabolismo se vuelve más lento.
- El funcionamiento normal del cerebro puede afectarse.
- Las alteraciones en el sistema cardiovascular pueden agudizarse tanto que evolucionan en arritmias e incluso en paros cardíacos debido al desbalance de electrolitos.
- Se modifica severamente el funcionamiento normal en los sistemas gastrointestinal, neurológico, hematológico y endocrino.
- Pueden presentarse daños severos en el hígado.
- Los dientes y los huesos sufren daños considerables debido a la descalcificación. Estos daños muchas veces son irreparables.

Cuando los síntomas de anorexia aparecen en los primeros años del adolescente, que se encuentra en pleno desarrollo, los efectos sobre crecimiento y desarrollo sexual pueden ser devastadores, en especial si el proceso se vuelve crónico.

Los signos y síntomas clínicos con los que se puede presentar una paciente con un trastorno de la alimentación ofrecen un abanico muy variado. Puede ser todo o nada. La paciente anoréctica es más obvia para el clínico, generalmente se observa caquética, emaciada, con signos de malnutrición como piel seca, arrugada y fría, cabello seco, lacio y frágil; uñas quebradizas y cianóticas y lanugo (vello muy fino) sobretodo en cara, cuello, brazos, espalda y piernas. En la mucosa oral pueden presentar aftas y queilosis (lesiones en comisuras orales). Generalmente la fascie es pálida o amarillenta, demacrada, con ojos hundidos y sin brillo. Es frecuente la presencia de una coloración amarillenta en piel, en particular en plantas y palmas, producto del contenido de caroteno en suero. Se cree que esto tal vez sea debido a una alteración reversible

del metabolismo de la vitamina A (Robboy, Sato & Schwabe, 1974). Los signos que el clínico también puede encontrar son bradicardia, hipotensión e hipotermia.

9.3.1.4 Aspectos Médicos y manejo de complicaciones.

Con la participación de Eva Ma. Trujillo y Ovidio Bermudez .

En términos generales, los hallazgos clínicos más relevantes son:

Sistema Cardiovascular.

Un tercio de las muertes de adultos con trastornos de la alimentación son debidas a complicaciones cardíacas (Isner et al, 1985). Las paredes ventriculares se adelgazan y el corazón se hace pequeño. Son frecuentes las lesiones mitrales como el prolapso de válvula mitral (Alvin, Zogheib & Rey, 1993) aunque pudieran presentarse alteraciones en cualquiera de las otras válvulas cardíacas por desnutrición e infección. Existe además una hipoperfusión tisular y vasoconstricción periférica como respuesta de defensa a esta malnutrición y que se manifiesta con extremidades azules y frías (Freeman, 1993). Los cambios electrocardiográficos más comunes incluyen bradicardia sinusal, bajo voltaje y prolongación del QTc (Panagiotopoulos et al, 2000). Otras complicaciones cardiovasculares que han sido reportadas incluyen una disminución en la contractilidad, ortostatismo, hipotensión y derrame pericárdico silencioso. Es importante recordar que los cambios electrocardiográficos pueden existir no solamente como consecuencia de la desnutrición, sino también como producto de alteraciones hidroelectrolíticas (e.g. hipokalemia), por efecto medicamentoso, por drogas ilícitas o incluso por etiología genética.

Sistema Gastrointestinal.

Definitivamente es uno de los sistemas que más síntomas presenta tanto en la paciente desnutrida como en la que purga. Las quejas comunes son estreñimiento, sensación de estar siempre llena, disfagia, odinofagia, náusea, distensión, reflujo. Con la restricción calórica, un síntoma casi universal es la gastroparesia. Es frecuente también que presenten una hipofunción colónica refleja y dolor abdominal difuso parecido al del síndrome de colon irritable. Las pacientes que vomitan se encuentran en riesgo para esófago de Barret, una condición precancerosa. En las pacientes que abusan de laxantes, es común que presenten un síndrome de colon catártico, una entidad en la que existe una constipación de rebote y retención de líquidos, lo que se manifiesta por un colon atónico y dilatado. La respuesta a procinéticos como la cisaprida es clínicamente útil en el manejo de la distensión abdominal de bajo peso, sin embargo hay que tener precaución por la probabilidad de tener alteraciones en la conducción cardíaca. En la experiencia con nuestras pacientes, una buena alternativa ha sido la utilización de Domperidona (Motilium®) a dosis estándar con una respuesta clínicamente muy similar a la de la cisaprida. Afortunadamente, al igual que muchas de las complicaciones descritas, estos cambios se mejoran con la restitución del peso.

Sistema Renal y Anormalidades Metabólicas.

Una característica de estas pacientes es la deshidratación crónica. Las deshidrataciones provocadas por ayunos prolongados o pérdidas no excesivas por vómito, laxantes o diuréticos pueden ser sumamente difíciles de detectar. La hipovolemia y vasoconstricción se asocian a una disminución de la filtración glomerular. Las anomalías metabólicas son frecuentes en las pacientes que purgan encontrando más comúnmente elevación del bicarbonato (alcalosis

metabólica), hipocloremia, hipokalemia, hiponatremia y en ocasiones disminución del bicarbonato. Las manifestaciones clínicas de todas estas anormalidades son muy inespecíficas. Puede haber constipación, debilidad, mareo, laxitud, fatiga, debilidad muscular y/o depresión.

Neurológico.

Existe una clara evidencia de los cambios estructurales y funcionales del cerebro de pacientes con anorexia. Los estudios de neuroimagen en pacientes con anorexia, y en un subgrupo de pacientes con bulimia, han mostrado una dilatación ventricular y un incremento en los surcos cerebrales. (Lauer et al, 1989). Estas anormalidades usualmente son conocidas como “pseudootrofia” ya que generalmente se normalizan con la recuperación del peso.

Los hallazgos neuropsicológicos de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son generalmente inconsistentes. Algunos han observado que presentan retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de la información. Otros autores han encontrado más evidencias de las distorsiones cognitivas. Se ha postulado que algunas alteraciones encontradas pueden ser secundarias al trastorno metabólico originado por las distorsiones dietéticas (Fernández & Turón, 1998).

Hematológico.

Solamente en casos de desnutrición severa se ha descrito la atrofia de médula ósea (Smith & Spivak, 1985). Las anormalidades que podemos encontrar incluyen leucopenia con trombocitopenia ocasional, con disminución en la cuenta de linfocitos totales. Algunas anormalidades en la función de los granulocitos como la quimiotaxis y la actividad antimicrobiana también han sido descritas. Otras anormalidades incluyen una reducción del complemento y de las inmunoglobulinas. Una observación muy interesante, es que a pesar de que están demostradas estas alteraciones en la inmunidad, las pacientes generalmente se mantienen libres de infecciones; es común la observación de parte de la paciente o familiares de que es la “más sana de la familia” y nunca se enferma.

Alteraciones Endócrinas.

En las pacientes con anorexia nervosa se ha descrito un síndrome parecido al hipotirodismo que se conoce como Síndrome Eutiroides Enfermo, en este la mayoría de los autores describe una disminución de la triyodotironina T₃, con concentraciones normales de tiroxina T₄, elevación de T₃ reversa y hormona estimulante de la tiroide TSH. Clínicamente la paciente puede manifestar intolerancia al frío, estreñimiento, amenorrea, piel seca, hipometabolismo, hipercolesterolemia, bradicardia. En esta entidad las pacientes no están deficientes de hormona tiroidea y no deben recibir tratamiento de la misma.

En términos generales, las pacientes bulímicas tienen niveles normales de hormonas tiroideas.

Otras alteraciones de la función hipotalámica que puede verse en pacientes con anorexia es un aumento en la secreción de hidrocortisona por la glándula suprarrenal. Por lo tanto, los niveles de cortisol en sangre son elevados. En los hombres la producción de hormonas sexuales masculinas se ve disminuida con niveles bajos de sulfato de dehidroepiandrosterona. Niveles elevados de hormona del crecimiento, aunque en la práctica no observamos cambios de hiperfunción, con una disminución en la producción de IGF-1, lo cual previene la neoformación de hueso. La vasopresina es otra hormona cuyos niveles disminuyen, y clínicamente se puede observar por la presentación de una diabetes insípida con pobre o nula

concentración de la orina, aumento en la diuresis y aumento en los niveles séricos de sodio.

Una alteración común que encontramos en las pacientes anoréxicas es el trastorno en el metabolismo de los carbohidratos, caracterizado por la presencia constante de hipoglucemias, debido a los niveles altos de GH en ayunas en estas pacientes (Brown, 1983).

En el eje gonadal, los trastornos endocrinológicos se caracterizan por los cambios menstruales y las alteraciones en niveles hormonales. Las pacientes con anorexia generalmente presentan niveles bajos de estradiol, LH y FSH. Aunque la amenorrea es un criterio diagnóstico de anorexia y se atribuye a la baja ponderal, se han reportado pacientes con este síntoma previo a la baja de peso, probablemente en relación a los cambios drásticos en la dieta o probablemente una etiología psicológica.

En las pacientes con bulimia nervosa es frecuente encontrar irregularidad menstrual y rara la amenorrea. En muchas pacientes anoréxicas es común encontrar ecografías pélvicas que reportan quistes ováricos multifoliculares, que probablemente representan una respuesta ovárica normal a la alteración en la gonadotropinas hipotalámicas, pero que desaparecen con la recuperación de los ciclos menstruales regulares.

Osteoporosis.

Una de las complicaciones más temidas de la anorexia es la osteoporosis. La osteopenia, es una complicación común y muy seria de la anorexia, en especial en el período de la adolescencia (Rivera, Barriguete, 2005). El retraso en la maduración del hueso, la disminución de la masa ósea y las fracturas patológicas son las entidades que han sido descritas en pacientes con anorexia. En contraste con otras complicaciones médicas de la anorexia, la osteoporosis y sus secuelas como fracturas, xifosis y dolor pueden persistir independientemente del resultado del tratamiento. Los posibles mecanismos a los que se atribuye la desmineralización ósea están asociados al hipoestrogenismo, disminución en los niveles de IGF-1, aumento en los niveles de cortisol, actividad física, malnutrición, niveles bajos de calcio y vitamina D, y disminución en la masa corporal.

La reversibilidad completa de la disminución en la masa ósea en pacientes con anorexia aún no está bien entendida. La recuperación del peso ha demostrado que ayuda a aumentar la masa ósea, aún antes de la recuperación de las menstruaciones, sin embargo algunos estudios nos muestran que algunas áreas del cuerpo permanecen con niveles reducidos de densidad ósea (Herzog et al, 1993) lo que nos hace concluir que tal vez no es completamente reversible.

El tratamiento debe ir dirigido a la recuperación del peso y las menstruaciones. Aunque existe evidencia de que el consumo de los requerimientos de calcio y vitamina D mejora la densidad ósea en adolescentes y niños sanos, en la anorexia no se ha establecido una asociación entre el consumo de calcio y la mejoría en la densidad ósea. Tampoco existe evidencia que sostenga que la terapia de reemplazo de hormonas revierta o prevenga la pérdida de densidad ósea en pacientes con anorexia. Otros tratamientos como el uso de DHEA para estimular la formación de hueso (Gordon et al, 1999) han sido estudiados. El uso de bifosfonatos, que reducen la reabsorción de hueso, está en la actualidad siendo estudiado para pacientes con anorexia nervosa.

Otra entidad dentro de este rubro es la triada atlética femenina. El abuso en el ejercicio juega un rol muy importante en muchos casos de anorexia (y en mucho menor grado en bulimia), que incrementa el riesgo para tener niveles bajos de estrógenos y disminución en masa ósea. El término “triada atlética femenina” es un trastorno común que enfrentan las

atletas jóvenes y bailarinas que se describe por la presencia de: Trastorno de la conducta alimentaria, osteoporosis y amenorrea.

Afortunadamente la gran mayoría de las complicaciones descritas son reversibles una vez que se establece un patrón alimenticio normal y se recupera el peso perdido y se dejan las conductas compensatorias. La monitorización de la paciente dependerá en gran medida de las condiciones específicas que se encuentren en la evaluación médica inicial. El monitoreo médico durante la realimentación debe ser cuidadoso y encaminado a prevenir el síndrome de realimentación.

El síndrome de realimentación.

Está descrito como los cambios entre los espacios extra e intracelulares que existen en los niveles de electrolitos y líquidos corporales, en particular el fósforo, en las pacientes severamente desnutridas que puede llevar a serias complicaciones neurológicas, cardiovasculares y hematológicas, todas ellas asociadas con una alta morbilidad y mortalidad.

Por último, uno de los retos importantes a los que se enfrenta el clínico es el tomar la decisión de hospitalización, en particular cuando la paciente se encuentra en un estadio de negación y su aspecto clínico no es muy deteriorado. Obviamente las emergencias médicas como las arritmias cardíacas, sangrados, cambios clínicos por alteraciones hidroelectrolíticas, etc. requieren una hospitalización y atención inmediata. De lo contrario, la decisión de hospitalización debe tomarse en base a las complicaciones y severidad de síntomas del trastorno de la alimentación, síntomas psiquiátricos y al entorno social y familiar.

Complicaciones de la Anorexia Nerviosa

Órgano o sistema	Complicación
Cardiovascular	Bradicardia Hipotensión Prolapso de la válvula mitral Edema Cardiomiopatía Muerte súbita cardiaca
Endocrino	Retraso en el crecimiento Retraso en la aparición de la pubertad Amenorrea Disminución en la concentración plasmática de hormona luteinizante, estradiol y progesterona
Gastrointestinal	Aumento del nivel plasmático de cortisol Retraso en el vaciamientogástrico Dilatación y ruptura gástrica Pancreatitis (en la realimentación)
Pulmonar	Enfisema subcutáneo Pneumomediastino
Renal	Disminución de la filtración glomerular
Metabolismo	•Deficiencia de zinc Hipovitaminosis A Osteoporosis Osteopenia Aumento en el colesterol plasmático
Hematológico	Anemia Leucopenia y linfocitosis
Otros	Alteraciones en la termorregulación

Fuente: Tenorio Ramos, S., 1995; 13.

9.3.1.5 Tratamiento integral

No podemos pensar en un tratamiento que no sea integral y multidisciplinario cuando tratamos a las pacientes y familias, que padecen de un trastorno de la conducta alimentaria. Existe suficiente documentación y lo corroboramos cada instante en la clínica, de ahí el que el presente capítulo está escrito gracias a la participación del primer autor con diferentes especialistas en el tema, siendo éste otro factor importante, que es no sólo el trabajo con los diferentes profesionales, sino el que sean especialistas en este tema.

1. Médico

El tratamiento médico inicia con una valoración completa del estado físico de la paciente. Se incluye: peso, talla, frecuencia y ritmo cardíaco, tensión arterial, presencia de hirsutismo, pérdida de cabello, presencia de edemas periféricos. Se solicitan de rutina exámenes de laboratorio que incluya: biometría hemática, electrolitos, glucosa, albumina, lípidos, colesterol, calcio, fósforo, creatinina, urea, hormonas tiroideas, cortisol, magnesio, zinc.

En base a los resultados se planea un tratamiento y seguimiento de la paciente con la finalidad de estabilizarla y evitar futuras complicaciones.

II. Psiquiátrico

De inicio se hace una historia clinica psiquiátrica, para conocer antecedentes de tipo psiquiátrico previos a la enfermedad, como condicionantes o como una comorbilidad que pudiera complicar el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

El manejo psiquiátrico integral es lo que en nuestra experiencia hace posible el tratamiento de los TCA, siendo la psiquiatría dinámica y de enlace la mejor opción para un manejo interdisciplinario. La formación psicoanalítica facilita el manejo emocional del equipo clínico, la paciente y la familia.

Fármacos. Serán parte de un manejo integral, nunca para el manejo sintomático que facilita el desarrollo de padecimientos crónicos en los tca, y siempre atentos a un monitoreo médico, psicológico y clínico cercano, en beneficio de la paciente.

El medicamento con mayor número de estudios en Anorexia Nervosa es la fluoxetina, para los estados depresivos asociados. Se sugiere utilizarlos una vez que ya se reinició el trabajo de nutrición y el psicológico cognitivo conductual, ante la persistencia de un cuadro depresivo, y no una sintomatología depresiva aislada. La sertralina, es positiva para la ideación obsesiva. La olanzapina refiere buenos resultados (anecdóticos, muchos de ellos), en cuanto a la disociación, debe usarse con cautela por el efecto secundario de aumento ponderal,

III. Psicológico

El tratamiento psicológico se determina a partir de los resultados obtenidos en la valoración psicológica completa que se lleva a cabo cuando llega la paciente a pedir ayuda. Esta incluye cuestionarios autoaplicables, entrevistas de profundidad, instrumentos sobre imagen corporal, personalidad y estado de ánimo.

El abordaje psicológico puede incluir sesiones de psicoterapia, además de sesiones de terapia cognitivo conductual. Es indispensable no olvidar que se debe incluir sesiones de terapia familiar para trabajar sobre la dinámica familiar actual, los problemas en las relaciones a partir de la enfermedad y resolver problemas de interacción.

En algunos estudios con pacientes anorécticos adultos, en los que la eficacia de los distintos abordajes ha sido comparada con grupos de control (Dare et al., 2001; Crisp et al., 1991) se ha obtenido que un tratamiento específico, independientemente de la orientación, es más eficaz que la ausencia del mismo y/o tratamiento no específico.

A la hora de describir los distintos tipos de tratamientos existentes, independientemente del enfoque o marco teórico empleado (psicoanalítico-psicoterapéutico, cognitivo-conductual, tratamiento sistémico y/o familiar, etc.), la mayoría de los autores hacen énfasis en la necesidad de llegar a dos objetivos para conseguir una recuperación de pacientes con anorexia nerviosa: a) normalización de peso, constantes nutricionales y hábitos alimentarios, b) tratamiento de factores psicológicos mantenedores y prevención de recaídas.

En la primera fase se valora generalmente, tanto la motivación propia del paciente (interna) como la motivación del entorno (externa) para que reduzca su problemática alimentaria. Aspectos como tipo, frecuencia, intensidad, y duración de la conducta alimentaria problema y conductas compensatorias deberán ser esclarecidos y objetivados ya en las primeras sesiones.

Asimismo, a lo largo de todo tratamiento en fase de estabilización de peso y recuperación psicológicas, deberán ser abordados tanto los problemas y/o conflictos psicológicos de la paciente (subyacentes y consecuentes a la sintomatología alimentaria), como la evolución del peso y hábitos alimentarios.

IV. Aspectos Nutricios

El tratamiento nutricional deberá adaptarse a un modelo de recuperación (Reiff & Reiff, 1999) ó de cambio terapéutico (Prochaska, Jonson & Lee, 1996) (Beato, 2002, 2003) a través del cual el nutriólogo acompañará al paciente en su proceso de cambio. La terapia nutricional debe procurar no solo la recuperación física del paciente, sino la reeducación para una correcta alimentación posterior. En el espacio educativo se ha sugerido incluir temas relacionados con los riesgos físicos del padecimiento, la regulación del peso y la alimentación sana (Fairburn & Brownell, 2002; Garner, 1997). A pesar de que es común que los pacientes con TCA cuenten con información basta con respecto a los grupos de alimentos y su contenido energético (kilocalorías), son incapaces de adecuar sus conocimientos para realizar una alimentación razonable.

El enfoque llamado “psiconutricional” (American Dietetic Association, 1994, p. 603) supone no solo la existencia de una fase de nutrición física y educativa sino de habilidades para asesorar a la persona con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en el cambio de conducta. El nivel de intervención del terapeuta en el área de nutrición dependerá de la decisión del equipo multidisciplinario ajustado a la asignación de responsabilidades y al entrenamiento del nutriólogo.

Una parte de la distorsión que existe en torno a los hábitos alimentarios de la paciente con anorexia nervosa ó bulimia nervosa puede ser atribuida a los efectos ocasionados por la inanición. Comportamientos como preocupación extrema por la comida, rituales peculiares en torno a ésta, sueños con alimentos, señales de apetito ó saciedad alterados, podrían acentuarse ó ser provocados por el hambre (Keys et al, 1950)

Las alteraciones en las concentraciones de micronutrientes, especialmente de ácido fólico (Humphries et al, 1989) y zinc (Katz et al, 1987) juegan un papel en la distorsión del estado neuropsicológico y en el desarrollo de alteraciones cognitivas en los pacientes en estado de inanición (Rock & Vasantharajan, 1995; Rock & Curran-Celentano, 1994). Esto pone de manifiesto la importancia de la rehabilitación nutricional para la recuperación psicológica de la paciente en estado de inanición. Una mejora en el estado nutricional del paciente es requisito necesario para una intervención psicológica exitosa. (Bruch 1982) (Garner, Vitousek & Pike, 1997, p. 103)

Cuatro indicadores básicos conforman la evaluación del estado de nutrición, (Casanueva & Morales 1995) necesaria tanto para la valoración inicial como para el monitoreo, e incluyen; indicadores dietéticos, antropométricos, bioquímicos y clínicos. En cuanto a los indicadores bioquímicos en las pacientes con anorexia nervosa, muchos parámetros se encuentran bajo estricto control homeostático y difícilmente aparecen alterados a excepción de casos con un curso crónico de la enfermedad o que ya hayan presentado daño orgánico. (Castro 2004) Al estar limitada la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos deberían de existir déficits vitamínicos, que curiosamente rara vez se detectan en la clínica. (Casas 1994)

Se ha observado que al iniciar el proceso de realimentación, las concentraciones de hemoglobina y eritrocitos pueden disminuir. (Castro 2004) La hemoconcentración inicial y la subsecuente rehidratación puede generar disminución en la cuenta de glóbulos rojos. (Lambert & Lau 1976) Las anomalías más frecuentes después de un período breve de realimentación son concentraciones bajas de eritrocitos, hemoglobina, ácido fólico y zinc por lo tanto, la suplementación con hierro, ácido fólico y zinc es recomendable y posiblemente tenga también un efecto benéfico en algunas anomalías psicológicas. (Castro 2004) Las concentraciones plasmáticas proteínas totales y albúmina comúnmente se mantienen. (Ca-

sas 1994) Marcadores más sensibles como la prealbúmina se encuentran alterados en algunas pacientes. (Castro 2004) Concentraciones bajas de albúmina sérica predicen un curso letal o crónico del padecimiento. (Herzog, 1997)

Restablecimiento del peso en la paciente con anorexia nervosa.

La identificación de la presencia de desnutrición severa en anorexia nervosa al momento del diagnóstico es fácil, sin embargo, valorar la adecuación de la repleción nutricia y establecer el punto en el que la paciente se ha recuperado nutricionalmente no resulta sencillo (Trocki, et al 1998).

El establecimiento del peso ideal en la adolescencia es complicado. El peso esperado para individuos adolescentes de la misma estatura y edad varía de acuerdo al ritmo de crecimiento individual es decir; hay más de un peso ideal para una misma estatura y cada individuo posee su propio estilo de crecimiento (Casanueva & Morales, 1995). Una aproximación del peso natural de la paciente, es decir, el que está determinado genéticamente, es el peso pre mórbido que se refiere al peso en el que la paciente se mantuvo antes de tener el trastorno. Obviamente este no puede ser determinado en pacientes que desarrollan el trastorno cuando el crecimiento no ha cesado.

Por su parte, se ha sugerido que se defina al peso ideal como aquel en el que el paciente se establecerá al consumir una dieta saludable y tener una actividad física razonable (Beumont et al, 1997). Un indicador de recuperación “física” en las pacientes con anorexia nervosa es el regreso ó inicio de ciclos menstruales ovulatorios. Key y cols (Key et al, 2002) han sugerido a los clínicos llevar a cabo la recuperación del peso hasta el 100% del peso para la estatura, ya que el establecer objetivos menores de peso puede resultar en amenorrea persistente e inmadurez ovárica en un porcentaje considerable de mujeres adolescentes. Así mismo, la madurez ovárica y uterina puede evaluarse a través de un ultrasonido pélvico (Key et al, 2002) y de esta manera poder decidir si el peso al que ha llegado la paciente con anorexia nervosa que aún no recupera ó inicia sus períodos menstruales, es suficiente.

Indicador de recuperación de la conducta alimentaria del paciente con un TCA.

El paciente se considera totalmente recuperado desde el punto de vista nutricional cuando además de lograr una recuperación física, es capaz de tener una alimentación sana y “normal” (Beck, 2001) que se caracteriza por integrar los siguientes aspectos:

Que sea capaz de llevar una dieta imperfecta; es decir que no siempre incluye alimentos totalmente sanos y eventualmente incluye alimentos no nutritivos.

Rítmica; es decir, después de cada comida el paciente debe sentirse satisfecho y antes hambriento.

Cíclica; porque pueden estar presentes ciclos semanales, mensuales o anuales ya que nuestras necesidades, gustos y preferencias pueden cambiar.

Libre de obsesiones y restricciones.

Individual, varía de una persona a otra y se adecua a las necesidades de cada persona.

Adaptada al entorno sociocultural.

Manejo de Complicaciones. Probablemente una de las complicaciones mas importantes en el caso de la AN es el bajo peso que estas pacientes registran, siendo esto uno de los principales obstáculos dentro del manejo psicológico. No solo por el riesgo tan alto que presentan a morir, que va de un 5 a un 20 % (Le Grange and Lock, 2005), sino también por las consecuencias tan graves de la desnutrición, que incluyen un aislamiento social importante, así como un alto nivel de desconfianza interpersonal que no permite que se establezca con facilidad el vínculo con el equipo multidisciplinario. En casos de inanición extrema el trabajo del psicólogo dependerá en gran medida de la recuperación nutricional del paciente y

será casi exclusivo un abordaje motivacional, con intervenciones breves que permitan que el paciente vaya estableciendo un vínculo con el terapeuta.

Cuando hablamos de complicaciones no sólo hay que tomar en cuenta las cuestiones físicas, sino también las psíquicas. Vemos que en los casos de TCA, como se mencionaba anteriormente, la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y de personalidad son comunes, complicando y alargando su tratamiento (Martinsen, Hoffart and Rosenvinge, 2005). Asimismo, las complicaciones no solo vienen del lado del paciente, sino también de la relación con el terapeuta, el cual indudablemente se ve involucrado en el proceso del paciente y al cual se le puede dificultar abrir temas de gran importancia como lo son la muerte y la sexualidad. Así como ser capaz de tolerar los sentimientos que pueden ser englobados como de “competencia” con el paciente, los cuales por lo general obstaculizan el tratamiento. (Barth, D, 2001)

Manejo en consulta externa/ Hospital de día.

El tratamiento de los TCA es, por definición, interdisciplinario y con objetivos específicos y claros. Es un enfoque que armónicamente debe lograr restablecer el equilibrio físico, psicológico, familiar y social de la paciente.

El manejo en la consulta externa incluye como principales objetivos:

1. normalización biológica, es el primer objetivo, se deben corregir en principio las desviaciones provocadas por la malnutrición y las conductas de purga, especialmente las alteraciones neuroendocrinas, cardiocirculatorias, electrolíticas y digestivas (Waller y cols., 1996 y Wilson, 1985). Nota: Dependiendo de la gravedad del trastorno, en muchas ocasiones esto se puede manejar en la consulta. Mas adelante se revisa el manejo en hospital de día y hospital completo.
2. Recuperación ponderal. Al mismo tiempo que se normalizan las constantes biológicas se procura la recuperación ponderal.
3. Reestructuración cognitiva. Los programas psicoterapéuticos tienen como primer objetivo la reestructuración y normalización de los pensamientos alterados relativos a dieta, figura o peso.
4. Restauración de las relaciones familiares. Se refiere a la reorganización de la dinámica familiar, eliminando tanto los conflictos que indujeron la enfermedad como aquellos que la propia enfermedad genera en la familia (Vandereyken, Castro y Vanderliden, 1991).
5. Colaboración familiar. Buscar la colaboración de la familia y transformarla en un eficaz instrumento de co-terapia son algunos de los objetivos en el tratamiento de los TCA.
6. Reestructuración y adecuación de las relaciones interpersonales. La paciente a través del tratamiento deberá iniciar un proceso de maduración que la enfermedad ha podido detener o en todo caso reestructurar sus relaciones interpersonales que la enfermedad ha deteriorado.

Hospital de día.

Los TCA son un modelo de enfermedad característico, donde están implicados los aspectos sociales y culturales y son el reflejo de un estilo de vida. Actitudes y conductas que afectan a los procesos fisiológicos y al funcionamiento mental, en un proceso que tiende a cronificarse y que para su tratamiento se debe involucrar al entorno social.

Dado que se trata de patologías multideterminadas con severas complicaciones físicas, con gran sufrimiento psíquico y severas alteraciones conductuales, en ocasiones se debe aplicar este tratamiento en espacios específicos y con programas específicos (Wilson y cols.,

2000; Beumont y cols, 1996). La hospitalización parcial permite mantener, sin romperse, el nexo de unión entre el entorno social y familiar y las pacientes.

Las indicaciones para un tratamiento de hospital de día son:

- Pérdidas ponderales superiores al 15% sin complicación física severa.
- Pérdidas de peso inferiores al 15% con complicación física no severa. Por ejemplo, es el caso habitual de la diabetes asociada a los TCA, la necesidad de establecer una dieta regular, su control y seguimiento aconsejan el tratamiento en hospital de día, aunque la paciente tenga un peso con pérdidas inferiores al 15%. Lo mismo ocurre con complicaciones hematológicas (ferropenias, pancitopenias, etc) o con las digestivas: estreñimiento, malabsorción, etc., electrolíticas o endocrinológicas. La atención de estos casos en hospital de día cumple una función preventiva para futuras complicaciones mas severas.
- Riesgo medio bajo de suicidabilidad. Las pacientes con TCA presentan unos estados afectivos alterados, algunas de ellas con una alta impulsividad. En el hospital de día se pueden controlar situaciones de riesgo medio-bajo de autoagresiones y suicidabilidad.
- Control del riesgo de las conductas de purga de intensidad y gravedad media. El hospital de día puede revertir o reducir aquellas conductas de purga que supongan un riesgo medio a las pacientes, ya que el hecho de estar en el hospital de día muchas horas, y especialmente, a la hora de las comidas evita los episodios de polifagia y purga que puedan entrañar riesgo a las pacientes.
- Fracaso del tratamiento en el ámbito ambulatorio.
- Atención a las crisis familiares. Es frecuente que esta patología ponga en crisis la estabilidad familiar y haga que la convivencia sea difícil. La actitud de la paciente, refractaria al tratamiento, la dificultad de los padres en poner en marcha las medidas de control recomendadas en el tratamiento ambulatorio o el fracaso de este tratamiento hacen que sea recomendado el hospital de día.

Howard y cols., en 1999 determinan que características del trastorno predicen el fracaso del tratamiento en hospital de día: la larga evolución de la enfermedad, mas de 6 años, la amenorrea persistente, mas de dos años y medio, el bajo peso con IMC de 16 o inferior y la comorbilidad son entre otras variables de mal pronostico en hospital de día.

Manejo hospitalario

Cuando hay riesgo físico severo y la paciente no responde al tratamiento psicológico, esta indicada la hospitalización completa. Este tipo de intervención atiende a dos objetivos fundamentales y complementarios: 1. de carácter prioritario e irrenunciable, busca la recuperación somática y ponderal; 2. aspira intervenir sobre los elementos mas psicológicos del trastorno. El programa de hospitalización pretende, en su filosofía, ofrecer a la paciente una oportunidad para cambiar.

Los criterios clínicos de hospitalización son:

- Pérdida de peso rápida y severa.
- Inestabilidad medica.
- Deshidratación.
- Disritmia cardiaca.
- Trastornos electrolíticos.

- Inestabilidad fisiológica: hipotensión, bradicardia, hipotermia, cambios ortostáticos.
- Complicación médica aguda de la malnutrición: síncope, convulsión, fallo cardíaco, pancreatitis.
- Detención del crecimiento y desarrollo.
- Negativa absoluta a alimentarse.
- Síntomas psiquiátricos comorbidos severos: depresión, ideación suicida.
- Atracones o conductas de purga imparables.
- Ejercicio compulsivo.
- Anorexia nerviosa o tratada de más de un año de evolución.
- Relaciones adversas destructivas.

Las pacientes hospitalizadas son sometidas a un procedimiento de evaluación que incluye:

- a. Estado mental: valoración psicopatológica exhaustiva, no solo circunscrita a los comportamientos alimentarios. La detección de otro diagnóstico psiquiátrico tiene importancia desde el punto de vista terapéutico, ya que plantea la posibilidad de un tratamiento complementario..
- b. Estudio psicológico: incluye un análisis de las condiciones individuales del desarrollo biográfico, de las condiciones familiares, relaciones con el entorno familiar, socialización y sus vicisitudes, vida académica, relaciones sentimentales y desarrollo sexual. Valoración de las características temperamentales y modos de reacción ante las dificultades.
- c. Evaluación psicométrica: Proporciona una medida cuantitativa que facilita el seguimiento evolutivo de los pacientes. También, dada la heterogeneidad de los síntomas presentes, facilita la planificación del tratamiento identificando y clarificando los problemas sobre los que se debe hacer énfasis en el curso de las intervenciones terapéuticas.
- d. Evaluación somática. Incluye el examen físico y de laboratorio. Se exploran además el peso, talla y pliegue cutáneo, el estado de hidratación, frecuencia y ritmo cardíaco, tensión arterial, presencia de hirsutismo, pérdida de cabello, presencia de edemas periféricos, existencia de marcas en dorso de las manos. El examen de laboratorio incluye: biometría hemática, electrolitos, glucosa, proteínas, albúmina, lípidos, colesterol, pruebas funcionales hepáticas, calcio, fósforo, LDH, CPK, creatinina, urea, hormonas tiroideas, cortisol, magnesio, zinc. Además: densitometría ósea (si hay una amenorrea de más de 6 meses), ECG y estudio del estado hormonal.

En primera instancia se determina el objetivo ponderal, se plantea el régimen alimentario y la velocidad de recuperación ponderal esperada. Así también se especifican las intervenciones psicoterapéuticas: psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar, otros.

Terapias de apoyo

I. Terapia individual

A lo largo de todo tratamiento en fase de estabilización de peso y recuperación psicológicas, deberán ser abordados tanto los problemas y/o conflictos psicológicos de la paciente (subyacentes y consecuentes a la sintomatología alimentaria), como la evolución del peso y hábitos alimentarios. Si bien estos objetivos irán intrínsecamente ligados al enfoque terapéutico que se utilice.

Los modelos que hasta el momento han sido aplicados más frecuentemente en anorexia nerviosa, con mayor o menor base experimental son los siguientes:

- Psicoterapia psicoanalítica breve.

Se trata de una psicoterapia breve y limitada en el tiempo, semiestructurada, en donde no se tratarán temas como aconsejamiento sobre hábitos alimentarios y/o peso. En este tipo de abordaje se focalizaran aspectos como: significado consciente e inconsciente del síntoma, manifestaciones e influencias del síntoma en las relaciones interpersonales actuales del paciente, e influencia del síntoma en la relación con el terapeuta.

- Terapia familiar (se tratará más adelante).
- Tratamiento psicoeducativo-conductual.

Este tipo de programa psicoeducativo-nutricional, estructurado y limitado en el tiempo, se basa esencialmente en la normalización de una regularidad de hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia, y en un control del peso. Tanto elementos psicoeducativos (conceptos nutricionales sobre alimentación, peso y consecuencias físico-psicológicas de la desnutrición), como conductuales (técnicas de autoobservación, autocontrol y exposición con prevención de respuesta) serán exclusivamente utilizadas.

- Tratamiento cognitivo-conductual.

Este modelo entiende que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez, y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen, perfeccionismo y alimentación, conducirán al paciente a unos hábitos alimentarios restrictivos y a un control excesivo del peso y de su conducta en general.

En un tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta y cogniciones erróneas subyacentes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, e incluso su baja autoestima.

La terapia individual es un elemento central dentro del tratamiento de pacientes con Trastornos de Alimentación, ya sea que el paciente se encuentre asistiendo a un programa de hospitalización completa, ó parcial ó este dentro de un tratamiento ambulatorio. En ella se deben abordar los problemas de tipo psicológico mencionados anteriormente que generalmente se presentan junto con el Trastorno de Alimentación (Williamson, Smith y Barbin, 1998).

El terapeuta junto con el paciente exploran en este espacio su funcionamiento personal y así como el familiar con el objetivo de lograr en la terapia un manejo sano de las propias emociones, así como de las relaciones interpersonales en general (Andersen, 1986).

En casos de Anorexia Nerviosa, una primera recuperación a nivel nutricional es indispensable para comenzar la terapia individual, ya que mejora la atención/concentración del paciente así como sus procesos cognitivos necesarios para el proceso (Andersen, 1986). Es importante enfatizar que debe incluirse también dentro de la terapia individual un modelo cognitivo-conductual para aquellos pacientes de tratamiento ambulatorio que no estén incorporados a una terapia de grupo en la que se maneje la promoción de conductas sanas en torno a la alimentación, la imagen corporal y el peso (Garner, 1986; Williamson, Smith y Barbin, 1998).

La frecuencia de la terapia individual dependerá de las condiciones que presente el pa-

ciente así como la fase de tratamiento en la que se encuentre. Fairburn () contempla un modelo de intervención donde las primeras 8 semanas de tratamiento considera la asistencia a la terapia individual 2 veces por semana para después dejar una sola sesión.

Por último, en las etapas finales de cualquier proceso de recuperación es recomendable ir espaciando cada vez más las sesiones de terapia individual del paciente con el objetivo de ir observando el mantenimiento de su progreso y detener oportunamente cualquier posible recaída.

II. Terapia grupal

Por terapia de grupo se entiende el tratamiento basado en la utilización de pequeños grupos de pacientes, que tiende a inducir cambios en ellos a lo largo de un proceso planificado y realizado bajo guía profesional. En este sentido, los miembros seleccionados para formar parte del grupo han de cumplir ciertos requisitos, en particular tienen que:

- Ser capaces de examinar su conducta interpersonal.
- Estar motivados para participar en el tratamiento (esto es, deben sentirse insatisfechos con su modo habitual de relacionarse con los demás)
- Estar dispuestos a dar y aceptar respetuosamente feedback en el grupo.
- Estar abiertos a intentar nuevas conductas y formas de relación con los demás miembros del grupo.
- Comprometerse a asistir con constancia a las diversas sesiones y a respetar el carácter confidencial de lo tratado en el grupo.

La terapia de grupo cognitivo-conductual combina la educación sobre el trastorno en cuestión con el empleo de métodos conductistas y cognitivos. Con los métodos cognitivos se intenta corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas al trastorno, reemplazándolas por juicios racionales y realistas, a fin de inducir cambios comportamentales apropiados (Rose, 1998)

Se trata de una forma muy activa de psicoterapia en la que el terapeuta y cada uno de los miembros del grupo han de hablar, actuar y trabajar conjuntamente a fin de alcanzar los objetivos fijados. Estos objetivos se reducen a uno, a saber: lograr cambios a nivel cognitivo, afectivo y comportamental.

Las técnicas conductuales (como autoevaluación, planificación de comidas, control de estímulos y solución de problemas) ayudan a los pacientes a regular sus hábitos de ingesta y actitud frente al peso.

Por otra parte, mediante los métodos cognitivos se intenta corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas al trastorno, reemplazándolas por juicios racionales y realistas sobre la comida, la autoimagen y las relaciones interpersonales.

La terapia grupal para el manejo de pacientes con Trastornos de Alimentación puede añadir efectividad al tratamiento al brindarle al paciente mayor estructura que la sola terapia individual, así como experimentar su problema en relación a otros (Wooley y Kearney-Cooke, 1986). Sin embargo, no todos los pacientes son aptos para entrar a sesiones de grupo. Entre los criterios de exclusión, Yalom (1975) menciona los siguientes: alto nivel de negación y/o de somatización, baja motivación así como dificultad de socialización. Asimismo, dentro de nuestra propia experiencia, y apoyando la literatura sobre el tema, encontramos no recomendable incluir a pacientes con diagnóstico de Trastorno por Atracón dentro de los grupos con Anorexia y Bulimia Nerviosa. Esto es porque generalmente no consideran padecer un

problema tan significativo como estas últimas y por lo mismo pueden no participar activa y constructivamente dentro del grupo.

En cuanto a los diferentes grupos importantes a manejarse como parte de un tratamiento para este tipo de problemática se incluyen aquellos enfocados a la disminución y/o extinción de los síntomas propios del trastorno, otro enfocado a reestructuración cognitiva (Garner, 1986), así como la terapia de arte y la restauración de la imagen corporal del paciente (Garner, 1986; Wooley y Kearney-Cooke, 1986).

III. Terapia familiar

La terapia familiar sistémica se ha convertido en uno de los modos de intervención en familias que tienen un miembro afectado de anorexia nerviosa o de algún otro trastorno de la conducta alimentaria. Los cambios estructurales de las familias posmodernas y los resultados de las investigaciones exigen tratamientos flexibles que aumenten los recursos de las familias para combatir el trastorno. El enfoque de causalidad recíproca o circular enfatiza la interdependencia del comportamiento de la afectada y de su contexto familiar.

Como bien se explica desde el primer capítulo, el abordaje de los TCA se contempla dentro de un espacio BPF; lo que implica que las interacciones familiares forman parte importante en la etiología de estos trastornos (Le Grange, 2005) y por lo mismo debe de tomarse en cuenta dentro del tratamiento psicológico. Dicho tratamiento ha sido contemplado desde hace ya varios años, obteniendo resultados favorables tanto en caso de AN como de BN, en casos específicos en que los pacientes son adolescentes, independientemente del tipo de orientación ya sea estratégica, estructural y/o ecléctica. En el caso de los adultos poco se ha hablado acerca de este tipo de terapia aun cuando se reconoce su importancia. (Vanderlinden and Vandereycken, 1989).

Existen diversos cuestionamientos acerca de dicha aproximación en cuanto a su temporalidad y generalización. Como bien se sabe cada paciente requiere de un tratamiento personalizado, lo que quiere decir que dependerá del desarrollo de su padecimiento si la terapia familiar es recomendada o no.

Vanderlinden y Vandereycken (1999) hablan de ciertas “contraindicaciones” en este tipo de terapia, como lo es: a) En caso de divorcio o separación; b) Psicopatología grave en uno de los padres; c) Abuso físico o sexual de parte de un miembro de la familia a otro; d) Cuando las interacciones familiares son muy negativas o destructivas. A estas mismas características podríamos agregarles la motivación que presentan a cambiar ciertos patrones interaccionales y conductuales para favorecer la recuperación de la persona que sufre del trastorno. Ya que al pedir un tratamiento es probable que identifiquen alguna alteración en la alimentación y/o conducta de sus hijos, mas no por esto se sienten involucrados dentro de la mismo padecimiento. Cabe mencionarse que dentro del proceso de recuperación en ocasiones la familia va también pasando de una etapa precontemplatoria a otra que implica mayor acción, lo que dependerá de que el equipo clínico vaya involucrándolos y responsabilizándolos del proceso. Es probable que en dicho momento de cambio, pueda existir la oportunidad de que se lleve a cabo un abordaje familiar con mayor éxito.

9.3.2 BULIMIA NERVOSA.

9.3.2.1 Criterios diagnósticos.

a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en corto lapso (p.ej., en un período de 2 horas), en cantidad

superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta.
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Especificar tipo: Tipo Purgativo: durante el episodio de BN, la paciente se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo No Purgativo: durante el episodio de BN, la paciente emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio extenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

9.3.2.2 Consecuencias físicas

Cuando una persona ha tenido bulimia nerviosa por un tiempo prolongado sin ser tratada, su organismo puede sufrir daños graves. Algunas consecuencias que esta enfermedad produce en el cuerpo son:

- Deshidratación.
- Desbalance del nivel normal de electrolitos en el cuerpo.
- Úlceras en la garganta y el esófago.
- Desórdenes en el sistema gastrointestinal, incluso puede presentarse una ruptura en el estómago.
- Problemas dentales, descalcificación en los dientes.
- Alteración del ritmo cardíaco por el abuso de sustancias para inducir el vómito.
- Deficiencias en los niveles de vitaminas y minerales.
- Sinusitis y otras afecciones nasales.

Infortunadamente, la bulimia nerviosa también puede presentarse en mujeres embarazadas. El estrés que sienten las futuras madres por llegar a ganar más peso durante los meses de concepción aumenta la ansiedad y la obsesión por la comida. Esto hace que el embarazo agrave el problema de la bulimia en las mujeres. Además, las deficiencias en potasio, vitaminas, minerales y el desbalance de electrolitos, entre otros, afectan seriamente el desarrollo normal del feto (Gáfaró, R., A., 2001).

En contraste con la paciente anoréxica, la paciente bulímica generalmente se observa “saludable”. Los hallazgos clínicos dependerán de las conductas compensatorias que esté realizando como el vómito, abuso de laxantes, diuréticos, píldoras para adelgazar, ipecac y otros. Algunos signos clínicos de vómito incluyen escoriaciones o callosidades en dorsos de las manos (signo de Russell) (Russell, 1979) así como la pérdida del esmalte dental. Es

común que se presente una hinchazón de las glándulas parótidas. No se han encontrado en las parótidas alteraciones estructurales, solamente un alargamiento de los conductos. Las glándulas salivales también se pueden hipertrofiar.

9.3.2.3. Tratamiento integral

I. Médico

El tratamiento médico inicia con una valoración completa del estado físico de la paciente. Se incluye: peso, talla, frecuencia y ritmo cardíaco, tensión arterial, presencia de hirsutismo, presencia de edemas periféricos y de síndrome de Russell. Se solicitan de rutina exámenes de laboratorio que incluyan: biometría hemática, electrolitos, glucosa, albumina, lípidos, colesterol, calcio, fósforo, creatinina, urea, hormonas tiroideas, cortisol, magnesio, zinc.

En base a los resultados se planea un tratamiento y seguimiento de la paciente con la finalidad de estabilizarla, evitar los episodios de atracon-vómito y prevenir futuras complicaciones.

II. Psiquiátrico

De inicio se hace una historia clínica psiquiátrica, para conocer antecedentes de tipo psiquiátrico previos a la enfermedad, como condicionantes o como una comorbilidad que pudiera complicar el tratamiento de la Bulimia Nerviosa.

Buenos resultados para el manejo de la comorbilidad psiquiátrica. Ya que los antidepresivos impactan la reducción de la de los atracones y el vómito, los resultados aparecen a las tres semanas, siendo la fluoxetina (60mg/día), la única aprobada por la FDA. La desipramina e imipramina son efectivas a dosis altas (300mg/día), con efectos secundarios importantes y hay que tener cuidado a la hipocalcemia y los problemas de conducción cardíaca. La trazodona reporta buenos resultados. No se indican IMAO's, ni bupropion. Existen resultados interesantes con metilfenidato para pacientes con trastorno de la personalidad tipo B, apoyando la adherencia.

III. Psicológico

En el tratamiento de la Bulimia nerviosa, durante la primera entrevista se busca hacer al paciente consciente de problemas y/o conflictos reales en su vida, que hasta el momento no habían sido percibidos como tales, y de factores tanto cognitivos como conductuales (Fernández y Turon, 1998), que están desencadenando y manteniendo su trastorno.

De acuerdo con Fernández Aranda, (2003), la bulimia nerviosa se encuentra ligada a determinadas situaciones desencadenantes, y presentaría comúnmente, entre otras, una de las cuatro funciones siguientes:

- a. Estrategia de huida o escape ante un trastorno depresivo producido a consecuencia de situaciones vitales estresantes o traumáticas, que irían desde dificultades sociales e interpersonales (pérdida/separación de una persona querida) a problemas en el área intrapersonal (ej. Aislamiento social). La sintomatología alimentaria, y especialmente en el caso de la bulimia nerviosa, actuaría como factor activador ante la falta de tareas, objetivos o metas en la propia vida del paciente.
- b. Reducción de situaciones de tensión ante conflictos de no fácil solución, por ej. Ambivalencias ante toma de decisiones, problemas de pareja y/o familiares. En este sentido,

- la sintomatología alimentaria actuaría como una inadecuada solución de problemas.
- c. Compensación del aislamiento y/o miedos sociales, en muchos de los casos, fruto del déficit de tipo comunicativo (ej. Alimentación como sustitución de contactos sociales y aburrimiento).
 - d. Comunicación inadecuada de sentimiento y/o emociones internas del paciente. En este sentido, la alimentación actuaría como válvula de escape y como expresión inadecuada de emociones que el paciente no ha aprendido a manejar adecuadamente (ej. Manifestación de sentimientos de ira, rabia, tristeza, etc)

IV. Nutriológico

El primer abordaje desde el punto de vista nutricional es una valoración nutricional que evalúa el crecimiento y desarrollo del paciente.

Los pasos incluidos son:

- 1. Historia clínica y encuesta dietética
- 2. Estudio de la composición corporal:
 - a. Antropometría
- 3. Análisis de Laboratorio
- 4. Estudio del Metabolismo
 - a. Calorimetría

Manejo en consulta externa

Tratamiento

El tratamiento debe ser interdisciplinario debido a su origen y debe incluir soluciones dirigidas a resolver las posibles complicaciones, un plan de recuperación de peso en caso necesario, psicoterapia personal y/o familiar, y en algunos casos, medicación.

Desde la perspectiva nutricional, en pacientes con bulimia el control de peso pasa a ser un objetivo secundario, el objetivo principal será controlar las crisis (disminuir o eliminar los episodios de vómito y atracón). Se ayudará al paciente a adquirir hábitos de alimentación adecuados: horarios regulares de comidas, establecer de 4 a 5 comidas al día sin omitir ninguna y dedicarles el tiempo necesario, así como evitar los periodos largos de ayuno.

En pacientes con obesidad el objetivo es disminuir el peso y sobre todo mejorar la conducta alimentaria. Es necesario que dentro del plan de tratamiento nutricional se incluya un plan de actividad física, ya que en conjunto nos llevan a obtener una vida saludable.

En ambos casos se busca la recuperación del paciente mediante la educación nutricional y la instauración de una actividad física saludable.

Manejo hospitalario y hospital de día.

Ver apartado Anorexia Nerviosa

Terapias de apoyo

I. Terapia individual

Se busca en primera instancia tener un diálogo terapéutico con estos pacientes, y por

tanto, el esclarecimiento de los factores desencadenantes y mantenedores tanto intra como interpersonales, así se puede tener la posibilidad de ofrecer un tratamiento que este centrado en los agentes causantes de la conducta alimentaria.

Algunas de las técnicas que se utilizan son las siguientes:

- Protocolos conductuales para el reconocimiento de situaciones problema.
- Tratamiento sintomático de problemas de fondo o primarios (depresión, fobia social, etc).
- Técnica de resolución de problemas.
- Reestructuración cognitiva y abordaje de cogniciones irracionales.

II. Terapia grupal

Ver apartado Anorexia Nerviosa.

III. Terapia familiar

Ver apartado Anorexia Nerviosa

9.3.3 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANE)

9.3.4 Criterios diagnósticos

La categoría de TANE, se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico.

Ejemplos:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

9.3.4 TRASTORNO POR ATRACÓN Y SÍNDROME DE COMEDOR NOCTURNO (SCN)

9.3.4.1 Evaluación diagnóstica trastorno por atracón

El trastorno por atracón consiste en comer grandes cantidades de comida en forma acelerada y avergonzante. Lo acompaña sentimientos de pérdida de control y sensación de no poder parar de comer.

Este trastorno lo presentan el 30% de los pacientes obesos. La edad de inicio es entre 35 y 50 años. La relación de mujeres y hombres es de 1,5 a 1,0 respectivamente. Se ha descrito como una conducta alimentaria caótica.

Los episodios de comer en exceso varían y se describen como: a) atracón sin pérdida de control, b) atracón con pérdida de control, c) pérdida de control sin el consumo de grandes

cantidades de comida.

Los factores de riesgo encontrados en el trastorno por atracón son la obesidad en la infancia y la obesidad en los padres. Se caracteriza por altos niveles de actitudes disfuncionales hacia el peso y la figura.

Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

1. Episodios recurrentes de atracones
2. Se define “Atracón” por al menos 3 de los siguientes puntos:
 - a. Comer mucho más rápido de lo normal.
 - b. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
 - c. Comer grandes cantidades sin sentirse físicamente hambriento.
 - d. Comer a solas por pena de que otros vean cuánto se come.
 - e. Sentirse a disgusto con sí mismo, deprimido o culpable después de comer demasiado.
3. Importante estrés relacionado con los atracones.
4. 2 días por semana durante al menos 6 meses.
5. No se asocia con otras conductas compensatorias

Es importante señalar que el trastorno por atracón, lo que anteriormente se conocía como “comedor compulsivo” es un complejo trastorno que está permitiendo que el grupo de los especialistas en conductas alimentaria exploremos y hagamos propuestas para el estudio, tratamiento y prevención para un sector de la población con obesidad, que representa un serio problema de salud pública. El T. Atracón representa el 30% al 50% de la población que padece la obesidad.

Síndrome de Comedor Nocturno (SCN)

El síndrome de comedor nocturno ha sido descrito por Albert Stunkard y se caracteriza por despertar durante la noche para comer algo, ya sea un snack o algo de la comida que se cenó. En estos casos los pacientes refieren que comer algo antes de ir a dormir los hace sentir relajados y satisfechos. De 9 a 15% de los pacientes obesos presentan el síndrome de comedor nocturno (Stunkard, 1997).

En el SCN se ha planteado si se trata de un problema de autocontrol o se trata de malos hábitos del paciente. Se ha asociado con patrones de la conducta alimentaria, con patrones de sueño y patrones en el humor. Los pacientes presentan datos depresivos importantes durante la tarde-noche.

Las conductas de riesgo que se han asociado a este síndrome se refieren a no tener orden en su alimentación durante el día, no tener horarios y tener antecedentes de AN durante su vida o de episodios depresivos.

Los criterios provisionales propuestos por Birketvedt y cols. (1999) para el SCN son:

1. No apetito en la mañana.
2. Hiperfagia en la tarde-noche (sin ser un trastorno por atracón).
3. Despertar durante la noche al menos una vez y al menos tres noches en la semana.
4. Consumo de un snack de gran cantidad de calorías durante los episodios de despertar.
5. El patrón ocurre por un periodo de al menos tres meses.

6. Los sujetos no reúnen criterios para algún otro trastorno de la alimentación.

Stunkard refiere que los pacientes con Síndrome de Comedor Nocturno que presentan obesidad tienen más edad y más tiempo con el problema que los pacientes con buen peso, lo que indica que el SCN es un condicionante para el incremento de peso y va relacionado con la edad y el tiempo de evolución.

El Diagnóstico diferencial entre trastorno por atracón y síndrome de comedor nocturno se basa en tres criterios fundamentalmente:

- Contenido energético: Lo que come un SCN en una sesión equivale a 200 – 400 Kcal., mientras que lo que come un TPA es 2000 – 3000Kcal
- Horario: Los atracones del trastorno por atracón no son durante la noche. Los del SCN siempre son durante la noche.
- Patrón de sueño: El SCN presenta un problema de sueño grave, mientras que el TPA no.

No obstante lo anterior, también existen semejanzas entre el trastorno por atracón y el síndrome de comedor nocturno:

- En ambos
- no hay conciencia del registro hambre-saciedad.
- no importa el tipo de alimento que se come, ni el sabor.
- lo hacen solos
- no hay sensación de control.

9.3.4.2 Cambios conductuales: tr. Por atracón y Síndrome de Comedor Nocturno.

- Sensación de falta de control.
- Aislamiento social.
- Comer solos por sentirse inapropiados.
- Sensación de incomodidad consigo mismo, deprimido o culpable.

9.3.4.3 Efectos secundarios TR. POR ATRACON

Obesidad

Se ha encontrado una fuerte asociación entre Trastorno por Atracón y Obesidad, ya que el 70% de los mexicanos entre 30 y 60 años de edad tienen sobrepeso y obesidad.

La obesidad es un efecto secundario del Trastorno por atracón.

Al utilizar medidas antropométricas se puede estimar el sobrepeso y obesidad a través del Índice de Masa Corporal (IMC) en donde tenemos:

18.5 – 24	Rango Normal.
25.0 – 29.9	Sobrepeso
> 30	Obesidad

Otra medida importante es la circunferencia abdominal, que puede ser útil para determinar riesgos asociados a la obesidad: en la mujer >88 cm. y en el hombre > 102 cm. son indicativos de riesgo metabólico asociado a obesidad.

El trastorno del atracón está asociado a una gran cantidad de complicaciones médicas

que están íntimamente relacionadas con la obesidad, como son la diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, colecistitis y colelitiasis, disfunción respiratoria, osteoartritis y el incremento en la incidencia de ciertos cánceres, muchas de estas complicaciones actualmente englobadas en el término “Síndrome Metabólico”.

La complicación médica más importante del trastorno del atracón es la obesidad. Aproximadamente un 30% de las personas que buscan ayuda en las clínicas de obesidad, padece de un trastorno del atracón. La obesidad puede complicarse seriamente con una gran cantidad de entidades nosológicas. Las complicaciones cardiovasculares son de alta morbi-mortalidad para el paciente obeso, siendo la hipertensión y la enfermedad aterosclerótica de las que tienen mayor riesgo.

También, hay una mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares. Las alteraciones endocrinológicas y metabólicas como la diabetes mellitus frecuentemente son diagnosticadas en estos pacientes. La hiperlipidemia, en especial la hipertrigliceridemia, así como el riesgo de gota son también frecuentes.

Otras alteraciones como la presencia de litiasis vesicular son complicaciones propias de la obesidad e incluso de la disminución rápida de peso. Existe también una alta incidencia de osteoartritis degenerativa. La disminución en la capacidad pulmonar también se observa en casos severos de obesidad como síndrome de Pickwick, como síndrome de apnea obstructiva del sueño o el síndrome de hipoventilación del obeso.

Otras complicaciones médicas de obesidad incluyen un riesgo aumentado de cáncer, especialmente de mama, útero, colon y próstata. También, la infertilidad es común en la obesidad y la función menstrual anormal y la producción anormal de esperma son comunes. Los riesgos perinatales de las mujeres obesas son más altos que en la población general.

9.3.4.4. Tratamiento integral

I. Médico

El tratamiento médico inicia con una valoración completa del estado físico del o la paciente. Se incluye: peso, talla, frecuencia y ritmo cardíaco, tensión arterial, presencia de hirsutismo, presencia de edemas periféricos o cualquier otra alteración. Se solicitan de rutina exámenes de laboratorio que incluyan: biometría hemática, electrolitos, glucosa, albumina, lípidos, colesterol, calcio, fósforo, creatinina, urea, hormonas tiroideas, cortisol, magnesio, zinc.

En base a los resultados se planea un tratamiento y seguimiento del o la paciente con la finalidad de controlar los atracones (TPA) o detener los episodios de snacks nocturnos, y prevenir futuras complicaciones.

II. Psiquiátrico

El manejo psiquiátrico en el Trastorno por atracón y el Síndrome de Comedor Nocturno se basa principalmente en el manejo de síntomas asociados al problema, en especial la ansiedad y depresión. Se revisan antecedentes familiares de importancia así como problemas de tipo familiar/social que pueden influir en el padecimiento.

En el Trastorno por Atracón: La sertralina (50-200 mg) y la fluvoxamina (50-300 mg) presentaron reducción en los atracones, la sibutramina (15mg/día), buenos resultados a corto plazo en pacientes obesos con t. atracón. El topiramato (100-1400 mg/día), buenos resultados en t. atracón y obesidad con t. atracón (150mg/día).

III. Psicológico

El enfoque mas utilizado para el Trastorno por Atracón es la terapia Cognitivo-conductual. El abordaje de Wilfley (1993) y colaboradores se enfoca primero en el trastorno alimentario y después en las cogniciones y actitudes sobre la comida, la figura y el peso. Enfatizan la moderación en la alimentación en donde no sea restrictiva o excesiva y recomiendan incrementar la actividad física.

Fairburn (1993) y otros autores sostienen que en primera instancia es necesario detener los atracones para como segundo paso iniciar la baja de peso.

IV. Nutriológico

Valoración Nutricional

En la valoración nutricional se evalúa el crecimiento y desarrollo del paciente.

Los pasos incluidos son:

1. Historia clínica y encuesta dietética
2. Estudio de la composición corporal:

a. Antropometría

3. Análisis de Laboratorio
4. Estudio del Metabolismo

a. Calorimetría

Tratamiento

El tratamiento debe ser interdisciplinario debido a su origen y debe incluir soluciones dirigidas a resolver las posibles complicaciones, un plan de recuperación de peso en caso necesario, psicoterapia personal y/o familiar, y en algunos casos, medicación.

Se ayudará al paciente a adquirir hábitos de alimentación adecuados: horarios regulares de comidas, establecer de 4 a 5 comidas al día sin omitir ninguna y dedicarles el tiempo necesario, así como evitar los periodos largos de ayuno.

En pacientes con obesidad el objetivo es disminuir el peso y sobretodo mejorar la conducta alimentaría. Es necesario que dentro del plan de tratamiento nutricional se incluya un plan de actividad física, ya que en conjunto nos llevan a obtener una vida saludable.

En ambos casos se busca la recuperación del paciente mediante la educación nutricional y la instauración de una actividad física saludable.

9.4. TCA en Varones. La AN un ejemplo. **Suárez A., Barriguete M JA, Lewinsohn M.**

Introducción. Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, existe una alteración de la percepción de la forma y el peso corporales que se manifiesta a través de un miedo intenso a aumentar de peso, de aquí el rechazo o conducta bizarra frente a los alimentos.

Los trastornos de la alimentación son considerados como desórdenes que afectan principalmente al género femenino y es usualmente considerada como rara entre los varones. Sin embargo, de los casos diagnosticados con A.N. 5-10% ocurren en varones y se ha encontrado un aumento en la incidencia de A.N. en varones en los últimos años.

La Anorexia Nerviosa en sujetos masculinos, no es nueva (Suárez, Barriguete, Lewinshon,

2004). En 1694 Richard Morton describió el primer caso de A.N. en un varón de 16 años de edad. Este trastorno se diagnostica bajo los mismos criterios que para las mujeres, exceptuando la presencia de amenorrea. Entre las características que presentan los sujetos masculinos con A.N. se encuentra un miedo excesivo a engordar y una marcada preocupación por el peso corporal, una baja significativa de peso con una negativa para mantener el peso corporal mínimo requerido para su edad y talla; la presencia de obesidad premorbid, conflictos de identidad sexual, comportamientos de atracones y purgas, cambios hormonales y conflictos familiares (Barry y Lippman 1990; Steiger 1989; Margo 1987, Andersen 1990). Así mismo por lo general presentan rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad, síntomas depresivos con personalidades dependientes, y problemas de autonomía, control y confianza.

La prevalencia de este trastorno en varones puede ser mayor de la que indican lo que se ha reportado hasta ahora. Esto sucede ya que, los hombres al igual que las mujeres con este trastorno niegan estar enfermos; ahora bien, si buscan ayuda, es más común que acudan por un problema endócrino o gastroenterológico, consecuente al trastorno, debido a que la mayoría piensa que la A.N. como una enfermedad estrictamente femenina, por lo tanto es poco probable que reciban el diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Andersen (1983) sugiere que el diagnóstico de anorexia nerviosa en hombres puede ser confuso debido a varios factores:

- a. La imagen estereotipada de que el paciente con trastornos de la alimentación se limita a la población femenina, blanca, joven, de nivel socioeconómico medio-alto.
- b. La incidencia más alta de varones con trastornos de alimentación se da en una parte de la población con diferentes características que las mujeres, como atletas quienes tienen presión de control de peso.
- c. Los hombres utilizan diferente terminología para expresar los conflictos referentes a la imagen corporal, en comparación con las mujeres.

Evolución.

Este trastorno igual que en las mujeres, comienza por lo general en la adolescencia o adultez temprana. Comienzan con un deseo por bajar algunos kilos, eliminando de la dieta el consumo de carbohidratos y grasas, además comienzan a hacer ejercicio excesivo para lograr bajar de peso. A pesar de haber bajado de peso se sigue declarando a sí mismo “gordo”, lo que indica que presentan, al igual que las mujeres, distorsión de la imagen corporal, sin poder reconocer que está delgado incluso estando ya esquelético.

En algunos casos se presentan también los “atracones”, que es una ingesta de grandes cantidades de comida en un lapso de tiempo corto, presentándose inmediatamente después mucha angustia y sentimientos de culpa, lo cual tratan de reducir eliminando la comida ingerida, ya sea mediante el vómito inducido, diuréticos, laxantes o ejercicio excesivo. Se ha visto que es más común en los hombres con trastornos de alimentación el ejercicio excesivo que cualquier otro método.

Barry en 1990, reportó que los adolescentes con A.N. por lo general presentan obesidad premorbid; presentan historia de haber sido objeto de burla, crítica y humillación por su obesidad durante períodos cruciales del desarrollo, en el cual respondieron con patrones de personalidad sensibles y vulnerables, dando como resultado, más tarde, a la determinación de nunca volverse a exponer a tal herida narcisista.

Se reporta que en muchos casos, eventos importantes de vida en el año previo al inicio del trastorno, resultaron ser relevantes para el desarrollo de la enfermedad. Tales eventos podrían ser: la pérdida o amenaza de pérdida de una amistad, enfermedad de algún padre,

conflictos en la relación familiar, divorcio, competencia entre hermanos, todos ellos citados en la literatura como factores precipitantes en el desarrollo de la A.N. en varones. (Margo, 1987; Nygaard, 1990).

Con respecto a los familiares, se ha descrito con frecuencia historia de trastornos afectivos y otras formas de psicopatología dentro de la familia. Asimismo, se ha reportado una sobreidentificación del hijo anoréctico con la madre, junto con una falta de involucramiento del padre dentro de la familia. Una pobre relación padre-hijo con un padre que es emocionalmente distante de su hijo.

Los padres de anorécticos han sido reportados como prototipos culturales de la imagen masculina, mientras que las madres han sido mayormente descritas como sobreinvolucradas, con una relación de mucha sobreprotección y dependencia con el hijo (Hamlett y Curry, 1990). Una consecuencia de toda esta dinámica es que inhiben el desarrollo de autonomía e independencia en el adolescente, por lo que éste carece de experiencias que le permitan tener la confianza necesaria en sí mismo para afrontar las demandas propias del proceso de maduración en la etapa de la adolescencia, por lo que de niño parece funcionar con éxito, pero esto se vuelve insuficiente cuando la situación exige que tome decisiones de manera más independiente.

Así en muchos casos ante el sentimiento de haber sido controlados toda su vida, el hacer dietas es una manera de ganar control sobre ellos mismos y sobre su propio cuerpo. (Romeo, 1995). Romeo ha encontrado que existe un problema de autoestima en los varones con trastornos de la alimentación. Se les ha descrito como personas orientadas al éxito; antes de la enfermedad suelen ser buenos estudiantes y en muchos casos buenos atletas; recibiendo aprobación constante de padres y maestros por sus logros. El ambiente familiar por lo general mantiene altas expectativas, de tal manera que el joven al intentar lograr cumplir tan altos estándares, sufre de una baja autoestima y presentan sentimientos de inadecuación con respecto a las mismas. Esta presión por lograr el éxito puede ser un desencadenante en los jóvenes con vulnerabilidad para desarrollar el trastorno.

En cuanto a la orientación sexual del varón con A.N. ha habido mucha controversia. Mientras que algunos reportan un aumento de la homosexualidad entre la población de anorécticos, otros tantos no han encontrado dicho incremento. Esta alta incidencia podría quizá explicarse por la presión cultural hacia la población homosexual a estar delgados para ser atractivos, lo cual podría ponerlos en riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio. Por lo que se ha sugerido que la orientación homosexual es frecuente pero no necesariamente asociada con los trastornos de alimentación entre los varones. (Andersen, 1990; Herzog, Norman y Gordon, 1984; Schneider y Agras, 1989).

Se sabe que los varones con A.N. presentan anomalías hormonales como una disminución de los niveles basales de testosterona y LH. Como resultado, se presenta un bajo apetito sexual e impotencia. Dentro de las características de personalidad que comúnmente se presentan en los anorécticos, se ha encontrado: síntomas depresivos, rasgos obsesivo-compulsivos, dependencia con una falta de autonomía y control, así como poca habilidad para expresarse asertivamente.

Andersen reporta que los pacientes varones con A.N. presentan más comúnmente trastornos de personalidad tipo C, con tendencias evitativas, perfeccionistas ansiosas y auto-críticas. Schneider describe a los pacientes anorécticos como: tendientes a ser obsesivos, antisociales, manipulativos, y sensibles en exceso. Los pacientes anorécticos tienden a dar más importancia a las demandas de los demás que a sus propias necesidades. Por lo general son “buenos niños”, ayudadores y excelentes estudiantes.

El tratamiento sugerido es el mismo que para las mujeres: atender el problema nutricional, terapia individual, de grupo, de familia y en los casos severos hospitalización. En cuanto al pronóstico, algunos autores refieren un peor pronóstico para los varones con trastornos de alimentación (quizá por la problemática para establecer el diagnóstico, lo cual hace que la enfermedad evolucione por más tiempo antes de llegar a tratamiento o por las muestras tan pequeñas de los estudios realizados). En resumen el pronóstico dependerá de la duración de la enfermedad, el peso mínimo alcanzado y la personalidad premórbida.

10. TCA y Adicciones.

La Bulimia Nervosa como conducta de riesgo a adicciones (Franco, et al. 2004; MILDT, 2003) y obesidad (Devlin, et al. 2003), ha sido con frecuencia asociada al estudio mismo de las adicciones (Bulik 1992, Mitchel, 1985, Bapt, 1994), considerándola una conducta adictiva (Bergeret, 1990, Pager, 1991, Venisse, 1989).

Habría que hablar de dos términos que evocan dimensiones próximas pero también diferentes del mismo fenómeno, nos referimos a término “adicción” y al término “dependencia”.

Adicción. Designa el campo de las conductas caracterizado por actos repetitivos en los cuales predomina la dependencia a una conducta o a un producto que es buscado y consumido con avidez, de aquí que se proponga agrupar en el mismo espacio al alcoholismo a las drogadicción, la dependencia a medicamentos y a la bulimia. Y por continuidad se generaliza a todos los trastornos de la alimentación, inclusive a la Anorexia N-R, que no comparte conductas.

Hablar de adicciones, siguiendo al DSM-IV-R (2000), implica concebir dos momentos en el proceso:

- a. El “abuso” (patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínico; consumo recurrente de sustancias,)
- b. La “dependencia”, que es la adicción propiamente dicha en donde sucede 1. “tolerancia” (necesidad cada vez mayor de la sustancia para un mismo efecto) y, 2. “abstinencia” (alteraciones físicas y emocionales, que aparecen con la falta de ingesta).

La Bulimia N y Adicción.

Ya desde los años 30, Wulff y 40 Fenichel, escribían sobre la cercanía de las conductas bulímicas con las adictivas, y como podían aparecer dichas conductas alejadas de la ingestión de sustancias, y sin los efectos de éstas últimas. Algunos estudios señalan que cuando sucede una sobre alimentación puede dispararse una producción de sustancias opioides con efectos morfínicos a nivel SNC. Brusset autor francés propuso el término de “toxicomanía endógena”.

No todas las pacientes bulímicas padecen adicción, dependerá de su psicopatología y la comorbilidad adictiva de su personalidad, mas que un común denominador del trastorno.

Nosotros preferimos agrupar los trastornos de la alimentación del lado de las “dependencias” ya que es un concepto mayormente asociado al desarrollo y que el estudio de la conducta alimentaria aporta a profundizar en su entendimiento y especificidad.

Dependencia. Como lo señalan Jeammet y Corcos (2001), en la adolescencia sucede el cambio de equilibrio entre lo interno y lo externo; la relación con los padres, y el cuerpo. Se cuestiona la relación narcisista; la relación objetal; la dependencia; la autonomía. Sucediendo un fragilización del mundo psíquico. Se modifica la relación con el mundo externo. Además la noción de dependencia como una contra-investidura de la realidad interna por

la realidad externa. En tanto que la primera no es independiente de la resonancia con la segunda y ésta última tiene el peso para desorganizar a la primera.

Se sugiere hablar de “organización” del funcionamiento psíquico, ya que evoca la normalidad del funcionamiento y los movimientos de desorganización y reorganización. Las modalidades de organización psíquica son mas dependientes del entorno psico-social de lo que se pensaba clásicamente (p. 2), ya que para asegurar la continuidad de su funcionamiento, la organización psíquica tiene necesidad de una congruencia mínima entre su modo de organización y las respuestas sociales, grandes diferencias generan rigidez o desorganización del funcionamiento psíquico.

El incremento de estados limítrofes, patologías narcisistas y trastornos de la conducta en la adolescencia es el reflejo de nuevas expresiones de la organización psíquica y poco diferenciadas con su propio pasado, congruentes con la evolución social y las conductas de los adultos, mas que se trate de cambios estructurales de la organización psíquica de los adolescentes.

Desde un punto de vista psicopatológico se puede observar el conjunto de trastornos de la adolescencia bajo el ángulo de los “acomodos de la dependencia”, sin que esto descarte otros enfoques psicopatológicos. El miedo principal del Yo adolescente es el de la “pérdida de control” y el “enfrentamiento a los deseos pasivos”. Lo referente a la “maestría del vínculo” y al “control de la distancia con los objetos” se constituye como central. Cuando el equilibrio narcisista es masivamente dependiente de apoyos externos, las reacciones en espejo son un reflejo de protección de la identidad, el YO busca volver dependiente de sí el objeto del cual depende.

La importancia de la dependencia se traduce en paralelo por la fuerza de los mecanismos d'emprise iniciados frente al objeto de dependencia y por la importancia de la investidura y del anclaje a los datos sensoriales y perceptivos en oposición a la investidura del mundo psíquico interno de representaciones y afectos, simultáneamente al “placer d'emprise” toma el lugar del “placer de la satisfacción”. Este enfoque pone el acento en la importancia de los acomodos de la realidad externa y el rol de ésta como auxiliar del aparato psíquico, favoreciendo o limitando el juego de investiduras y contra-investiduras. Por esto el trabajo terapéutico no puede centrarse solamente sobre la realidad psíquica, tiene que incluir la dimensión conductual.

Bulimia y Adicción.

Lavik, Clausen y Pederson (1991) utilizando una versión reducida del EAT, encontraron entre un 8 a 9% de correlación positiva entre Bulimia y seguimiento de una dieta y/o Abuso de alcohol, y consumo de tabaco, similar a Suzuki y cols. (1995) con adolescentes japoneses; y la relación entre Bulimia nerviosa, consumo de alcohol y tabaco, el grupo que cumplía criterios de Bulimia nerviosa se encontraba presente un mayor consumo de alcohol que en el grupo de control.

Mitchell y cols. (1985) de una muestra de 275 bulímicos encontraron un 34.4% de pacientes que presentaban problemas de alcohol u otras drogas y un 23% presentaban abuso de alcohol. Lacey y Mourelli (1986) encontraron que existe un subgrupo de pacientes que presentan más de un tipo de conducta impulsiva y que ellos clasificaron como “Multi-Impulso” que vendría definido por la presencia de más de una de las siguientes características: 1) abuso de alcohol, 2) abuso de drogas, 3) múltiples sobredosis, 4) repetidas autolesiones, 5) desinhibición sexual y/o hurtos en tiendas, conductas que irían asociadas a una sensación de pérdida de control y serían fluctuantes, casos con un peor pronóstico, mayor número de recaídas y un riesgo de suicidio más elevado.

Lacey (1993) utilizó una muestra de 112 pacientes bulímicos con el fin de evaluar la comorbilidad de Bulimia nerviosa, conductas adictivas y conductas autolíticas. Este autor encontró que un 80% de pacientes mostraban en su historial 3 o más conductas impulsivas (25% abuso de alcohol, 28% abuso de drogas y 40 % conductas autolíticas). Asimismo, encontró que un 21% había realizado robos repetidos y un 8% conductas autolesivas.

Dado lo anterior, cuando se encuentra asociada la problemática de adicción y trastorno de la alimentación se sugiere resolver en un inicio el problema de la adicción a la sustancia psico-activa y posteriormente el de la alimentación. Para una revisión al respecto consultar F Fernández A (2003).

11. “Perfil de Conducta Alimentaria”: Instrumentos para tamizaje y apoyo de evaluación diagnóstica y evolución terapéutica.

Existen un número importante de instrumentos psicológicos, que exploran las características psicológicas y las conductas alimentarias. La mayoría creados por autores angloparlantes, que en la actualidad se han traducido y validado en población hispana y mexicana específicamente.

Desde hace algunos años en conjunto con Rojo de Valencia España, sugerimos la aplicación rutinaria del “Perfil de Conducta Alimentaria”, con el objeto de conocer en detalle los determinantes, precipitantes y perpetuantes psicológicos y conductuales asociados directamente a los TCA, que nos sirven de guía para las indicaciones diagnósticas, evolución y base para escrutinios, tamizaje con fines preventivos. Destaca el trabajo del equipo de Luis Rojo en Valencia en su manejo por Internet, para disminuir tiempo y facilitar la investigación y la comparación de poblaciones, así como la prevención y los factores de riesgo en la Comunidad Valenciana.

Motivación y Adherencia Terapéutica.

Destacan dos instrumentos en este rubro, cuyos autores españoles son líderes en el tema. El “Cuestionario de actitudes frente al cambio en TCA (ATCA), de Beato y Rodríguez (2003), nos orienta en el proceso de la motivación necesaria para el cambio de actitudes y conductas, específicamente para las pacientes con TCA. La adherencia terapéutica en los últimos años ha sido contemplada como el gran reto de la salud, ya que de esta depende en gran parte el que un padecimiento se convierta en un trastorno crónico, resultado de la interrupción repetitiva del tratamiento.

Destaca el trabajo de Livianos, Domínguez y Rojo, que basados en los estudios del “apego”, desarrollaron el: “Cuestionario de Vinculación Terapéutica” (1995), muy interesante e importante en el manejo de nuestras pacientes.

Conducta Alimentaria e Imagen Corporal. Destacan varios instrumentos:

EDI. El “Inventario Desórdenes Alimentarios”. (Eating Disorders Inventory; Garner, Olmsted & Polivy, 1983). Es un cuestionario de 64 preguntas, diseñado para evaluar las características cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosa. Cuenta con 8 subescalas: Motivación para adelgazar, Identificación de la interocepción, Bulimia, Insatisfacción corporal, Inefectividad, Miedo a madurar, Perfeccionismo y Desconfianza interpersonal. No cuenta con punto de corte.

EAT-40. Cuestionario de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test; Garner & Garfinkel, 1979, Alvarez, 2002; 2005). Tiene por objetivo identificar los síntomas asociados con los trastornos alimentarios, su punto de corte internacional es >30. Consta de 40 preguntas. En 1982 un estudio posterior de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel derivan 26 reactivos en

tres factores: Control oral, Dieta y Bulimia. El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 28.

BULIT. Cuestionario de Bulimia (Bulit Test; Smith & Thelen, 1984). Consta de 36 ítems, cuya finalidad es detectar la sintomatología de Bulimia Nerviosa, su punto de corte internacional es > 102 . Las autoras proponen 5 factores: 1. Sobreingesta. 2. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. 3. Vómito. 4. Preferencias alimentarias durante la sobreingesta. 5. Fluctuaciones en el peso. El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 85, con base al cual el BULIT discriminó correctamente al 94% de los miembros de los grupos clínico y control (Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000).

CIMEC. Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal. (CIMEC Toro, Salamero & Martínez, 1994). Cuestionario elaborado y validado en una población española, consta de 40 preguntas que valoran la ansiedad por la imagen corporal, así como la influencia de los modelos estéticos corporales y situaciones sociales sobre el modelo de delgadez, su punto de corte internacional es 23-24. Existe la alternativa de análisis 26 preguntas agrupadas en 5 factores: 1. Malestar por la imagen corporal, 2. Influencia de la publicidad, 3. Influencia de mensajes verbales, 4. Influencia de modelos sociales, 5. Influencia de situaciones sociales. Y ya se ha realizado el análisis factorial (Vázquez, Álvarez & Mancilla, 2000).

BSQ. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ. Body Shape Questionnaire; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). Evalúa la insatisfacción con el peso e imagen corporal, mediante 34 reactivos. Su punto de corte internacional es > 105 . El BSQ (Body Shape Questionnaire; Cooper et al., 1987). El estudio realizado por el grupo de la UNAM Iztacala mostró en el análisis factorial ($n = 951$), que se extraen 4 factores que explican 48.9% de la varianza total, y que en la validación original el cuestionario no cuenta con factores para su análisis.

EMBU y Alexitimia de Toronto. Nuestro equipo esta realizando un estudio con el EMBU (test de crianza), y la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (Taylor, 1994; Pérez-Rincón, 1997), traducido y validado al español por Rojo el primero y por Pérez Rincón el segundo. Ambos muy interesantes asociados al estudio del desarrollo y la psicopatología de los tca.

12. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La prevención primaria se refiere al conjunto de esfuerzos para disminuir la incidencia de los trastornos de la alimentación, hacer que se reduzca el número de sujetos en los que no se han desarrollado síntomas significativos de TCA, potencialmente susceptibles de enfermar y que no lo hagan gracias a programas específicos.

El objetivo de la prevención primaria es la reducción de la incidencia y se apoya en un exhaustivo conocimiento del proceso, la información y divulgación de estos trastornos entre la población y la intervención sobre la población de riesgo, mediante diferentes programas, ya sean nutricionales, sobre hábitos sanos, conocimientos de la fisiología, mejora de la autoestima, del conocimiento y de la valoración de si mismos.

Las intervenciones preventivas pueden ser generales cuando son dirigidas a la población general, o selectivas cuando lo son a grupos específicos, bien por sus características o por el riesgo.

Un primer paso es detectar a la población en riesgo de enfermar y actuar sobre ella. Los programas psicoeducativos suponen un primer nivel de actuación sobre una población con factores de riesgo generales: niños y adolescentes, y con programas terapéuticos mas concretos sobre una población con factores de riesgo mas específicos, por ej. Bailarinas, gimnastas, atletas, etc., o incluso a grupos de población con una gran preocupación y sufrimiento por una cuestión concreta, relativa a los TCA: como la dieta, la figura o la autoestima.

Los TCA son trastornos multifactoriales y no son la consecuencia de una causa específica, bien al contrario, parece que lo que los caracteriza es la inespecificidad de los factores predisponentes, y la experiencia demuestra que son más fáciles las intervenciones preventivas cuando el factor que las causa está muy bien individualizado y es único.

La prevención pretende eliminar los factores predisponentes y desencadenantes que generan el trastorno o hacer a la población de riesgo más resistente a la influencia de las causas que propician la enfermedad. Sin embargo, en el caso de los TCA hay problemas inherentes a las características específicas de la conducta perturbada que aumentan la dificultad. La acción preventiva o terapéutica debe estar encaminada no a erradicar una conducta como es en el caso del tabaquismo, alcoholismo u otra drogadicción, ni a recomendar revisiones periódicas como podría ser el caso del cáncer; la prevención de los TCA debe modificar, normalizando, conductas fisiológicas.

Es muy importante descubrir cuáles son los factores que contribuyen a que los jóvenes se resistan a seguir dinámicas alimentarias poco saludables, que les puedan hacer caer en un trastorno de la alimentación; sin embargo, solo hay un número reducido de artículos que versan sobre los factores de protección para los trastornos de la alimentación. Además en este campo nos encontramos con problemas metodológicos como que algunos estudios se realizan a partir de diseños transversales y, por lo tanto, proporcionan correlatos en lugar de factores de riesgo, otros carecen de especificidad y otros intentan evaluar los factores a partir del periodo previo a la aparición de la enfermedad (Mc Vey, Pepler et al, 2002)

El modo en que los factores protectores actual se puede resumir de este modo: pueden reducir directamente la disfunción, interactuar con los factores de riesgo e interrumpir sus efectos, pueden romper la cadena a través de la cual los factores de riesgo actúan o incluso pueden impedir que existan factores de riesgo (Crago, Shisslak et al, 2001)

Se sabe que hacer deporte evita la aparición de trastornos de la alimentación (Smolak, Murnen et al, 2001) y que es, en consecuencia, un factor de protección, así como tener una autoestima alta y una alta sensación de eficacia personal (Button, Somuga Barke et al., 1996). También actúa como un factor de protección la habilidad personal para la resolución de problemas (Troop y Treasure, 1997).

Estos programas están dirigidos a cambiar las conductas perturbadas, las cogniciones alteradas y el estado emocional, básicamente, con recomendaciones y actuaciones normativas. En el caso de los TCA las recomendaciones son mucho más relativas, es más fácil decir “no fumes” o “no bebas”, que educar en “come correctamente”, “mantén un peso normal” o no te dejes influir por la moda y la publicidad”, por ejemplo.

Tipos de programas:

- Hay programas que están dirigidos a la población general aunque no estén en situación de riesgo, pueden ser programas informativos en los que el contenido informa de la patología y su génesis, de los factores que predisponen y desencadenan la enfermedad pretendiendo que receptores del mensaje se conviertan, además de más resistentes a la patología, en agentes de prevención actuando desde el ámbito de cada sujeto en la medida que puedan, detectando y actuando para minimizar la incidencia.

Estos programas buscan incrementar la capacidad de crítica a los mensajes de la publicidad y los medios de comunicación y propician el activismo contra ciertos estereotipos culturales.

-
- Otro tipo de programas son los que se dirigen a la población en riesgo. Estos programas, y como resume Smolak (1999), se basan especialmente en:
 1. Aumentar el conocimiento en la biología y fisiología: diversidad y predisposición del peso y la figura.
 2. Los cambios propios de la pubertad, las diferencias entre grasa corporal, sobrepeso y obesidad.
 3. Naturaleza y peligros de los TCA
 4. Promover el rechazo de las dietas atípicas, restrictivas, innecesarias e insanas propiciando las dietas sanas.
 5. Insistir en los peligros, especialmente en edades muy tempranas de la reducción del peso y la forma.
 6. Mejorar y aumentar el conocimiento de los fundamentos de la presión y valores culturales para aumentar la resistencia a la presión de los medios de comunicación.
 7. Promocionar la aceptación de sí mismos y desarrollar una percepción positiva del peso.
 8. Aumentar la autoestima y mejorar la competencia. Reducir la aceptación y adhesión a la belleza estereotipada de la moda y disminuir la insatisfacción corporal.
 - Otros autores recomiendan un abordaje no de las características y riesgos de la enfermedad, pretenden cambiar la actitud del sujeto frente a la enfermedad. Se aborda específicamente.
 - a. Aumentar la capacidad para evaluar la importancia de los factores sociales.
 - b. Educar en una actitud crítica ante la presión de los estereotipos culturales.
 - c. Clarificar y jerarquizar los valores personales.
 - d. Aumentar la resistencia individual ante la presión de los medios de comunicación.

Se ha visto, como lo comenta Grover (1998), que el incluir a los padres en los programas preventivos es de vital importancia. Los padres deben aprender a analizar como transmitir opiniones, valores y pautas de conducta correctas, como: aprender a aceptar los cambios biológicos, psicológicos y sociales de sus hijos, aceptar los cambios de relación familiar y resolver los conflictos, ayudarles a que tengan autonomía, y evitar la crítica sobre forma, peso o figura.

Los médicos de primer contacto tienen un papel fundamental en el trabajo de prevención con la población de riesgo y pueden actuar en los siguientes puntos:

1. En el ámbito familiar hay que facilitar la comunicación entre los miembros, que los padres fortalezcan la autoestima de los hijos, fomentar la escucha y la tolerancia, haciendo todo esto compatible con normas educativas persistentes.
2. Prestar suficiente atención a las situaciones personales del adolescente.
3. Con respecto a la alimentación, es fundamental que los médicos de familia propicien programas de educación a los padres para un mejor control y educación alimentaria.
4. Recomendar al menos una comida al día toda la familia, en una situación social agradablemente percibida por los hijos, en un clima distendido y cordial.
5. Los padres deben reconocer aquellos factores que pueden desencadenar estas patologías, de tal forma que sepan formar a sus hijos sobre la naturaleza y los peligros

de los prejuicios sobre ciertos aspectos físicos, lo inadecuado de ciertos mensajes de los medios de comunicación y capacitarlos para prevenir, o aceptar como un estadio transitorio la obesidad infantil.

6. Enseñarles a ser críticos con ciertas revistas dirigidas al público femenino adolescente donde se potencia y prima la figura, el aspecto deportivo y las dietas anómalas y atípicas.

Medios de comunicación

Vivimos, hoy en día, en la era de la comunicación. Los medios nos hacen cómplices de un bombardeo de informaciones de todo tipo. Son los medios de comunicación los que nos enseñan a modelar y conformar las percepciones que tenemos y sirven para fortalecer las tendencias sociales que pesan sobre el individuo (Cathcart y Gumper, 1993). También se considera a los medios como posibles propagadores de modelos de conducta y estéticos (Meyers y Biocca, 1992)

Revistas y televisión ocupan el principal papel de difusión de esta cultura actual. Las revistas, sobre todo adolescentes, tienen un influjo directo en la aceptación social, pero no olvidemos de igual manera la presencia televisiva de los patrones estéticos comúnmente aceptados.

En cuanto a los medios de comunicación, se deben vigilar especialmente las publicaciones dirigidas a adolescentes, diferenciando esta forma de comunicación llamada información, de otras como la publicidad, en donde se utilizan técnicas para “convencer” al espectador de determinada idea o concepto. La gran ventaja de este tipo de comunicación es la gran difusión de que goza, puede llegar a una proporción importante de la población y lograr efectos importantes en cuanto a información.

En lo que a prevención se refiere, los medios de comunicación pueden constituir un instrumento útil y valioso para transmitir información real, concreta y adecuada para la población en general; y para la población en riesgo, esto es jóvenes con carencia de admiración, falta de aceptación y de éxito que, a nivel general, crea una falta de autoestima. Además de informar puede tener la función de corregir ideas erróneas, mitos y pensamientos distorsionados sobre el cuerpo, la figura, la sana alimentación y la nutrición.

Pautas de la Academy for Eating Disorders para la Industria de la Moda. Eric Van Furth, Paulo Machado y Armando Barriguete M.

A continuación reproducimos las pautas que sugiere nuestra Academia y consideramos importante dar a conocer en los países Latinoamericanos.

1. Adopción de un umbral de edad, que requiera que las/los chicas/os modelos tengan por lo menos una edad de 16 años, y así poder reducir la presión que los adolescentes soportan a la hora de adaptarse a unos cánones de belleza de extrema delgadez.
2. Para las mujeres y los hombres mayores de 18 años de edad, la adopción de un umbral mínimo de índice de masa corporal de 18.5 kg/m^2 , (p.e., una modelo que mida $5'9"$ [1.75 m] debe pesar más de 126 libras [57.3 kilogramos]), al existir un peso por debajo de está considerado insuficiente por la Organización Mundial de la Salud.
3. Para las y los modelos con edades entre 16 y 18 años, la adopción de un índice de masa corporal mínimo para su edad y sexo, equivalente al décimo percentil del IMC (el peso por debajo del cuales considerado como insuficiente por los Centros de Salud). Por ejemplo, aplicando este criterio a una modelo de 16 años, el mínimo índice de masa corporal requerido sería de 17.4 kg/m^2 y de 17.7 kg/m^2 en el caso de un chico. En

concreto, una chica modelo de 16 años que mide 5'9" [1.75m] debe pesar más de 117 libras [53.3kilogramos].

4. Requerir un certificado médico oficial que afirme que los estudiantes que aspiren a ser modelos no sufren de un trastorno de la conducta alimentaria y/o complicaciones médicas relacionadas (consultar abajo).
5. El desarrollo de pasos adecuados para identificar modelos que necesiten un tratamiento, y disponer de procedimientos válidos de detección y derivación.
6. Desaliento por parte de la Industria, al uso de todo tipo de conductas no– sanas para el control del peso (p.e. vómito auto–inducido, uso de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar).
7. Aumento de iniciativas educativas dirigidas a modelos en formación y modelos profesionales, sus agentes y empleadores, para reducir los múltiples riesgos para la salud que supone el uso de diversas conductas no –sanas de control de peso.
8. Disposición de iniciativas educativas dirigidas a aspirantes a modelo, a modelos profesionales, sus agentes y empleadores, para aumentar el conocimiento sobre los múltiples riesgos para la salud que tienen el bajo peso y la ingesta alimentaria restrictiva. Estos riesgos de salud incluyen irregularidad o cese de la menstruación, bradicardia (ritmo cardíaco lento) /arritmia, desequilibrios electrolíticos, mareo/desmayos, muerte súbita cardíaca y las complicaciones a largo plazo de la salud, tales como osteoporosis, depresión y complicaciones del sistema reproductivo.
9. Diálogo creciente con las agencias de publicidad para animarlas a que recurran en campañas publicitarias, a modelos realistas, de edades apropiadas y reduzcan las manipulaciones de imágenes por ordenador, en campañas publicitarias con jóvenes y adolescentes.
10. Prohibición del uso de las técnicas fotográficas de manipulación de imágenes que artificialmente adelgazan a modelos para la industria de la moda.
11. Inclusión de modelos con distintos pesos y formas corporales en las pasarelas y revistas de moda, para que estas imágenes –y el mensaje que las mujeres y los hombres de diferentes constituciones pueden ser igualmente atractivos, se convierta en parte de nuestra opinión colectiva sobre lo qué constituye la belleza.
12. Promoción del conocimiento en estudiantes, modelos y el público en general sobre las actuales estrategias de la industria de la publicidad, tales como manipulación de imágenes por computadora, para falsear el aspecto y el tamaño real de los modelos usados en la publicidad.
13. Colaboración con los políticos, sociedades profesionales, y organizaciones de trastornos de la conducta alimentaria para desarrollar códigos éticos auto –reguladores para la industria de la moda.

Colaboración con los políticos, sociedades profesionales, y organizaciones de trastornos de la conducta alimentaria para ampliar la disponibilidad y la accesibilidad de tratamientos eficaces para los trastornos de la conducta alimentaria, que debe estar igualmente disponible para las personas que se dedican a la industria de la moda.

Programas escolares

El ámbito escolar es un excelente medio para promover cambios de actitud y nuevas conductas en las poblaciones de niños y jóvenes. Es el lugar ideal para trabajar aspectos informativos, formativos y prevenir TCA.

Es mucho lo que se puede hacer a través de la escuela, se presentan algunas ideas que resultan útiles para trabajar con la población estudiantil.

- Desarrollar programas de educación para la salud.
- Ofrecer información sobre los riesgos de la malnutrición.
- Que conozcan los beneficios de las auténticas dietas saludables.
- Desarrollar una actitud de auto-observación y auto cuidado en relación a la salud en los niños y jóvenes.
- Fomentar el buen conocimiento del cuerpo, su funcionamiento y sus registros (ej. Hambre-saciedad)
- Fomentar la autoestima en niños y jóvenes.
- Motivar la expresión adecuada de sentimientos y desvincular las emociones con la comida.
- Trabajar sobre los sentimientos hacia el cuerpo y la auto imagen.
- Promover la crítica a los medios de comunicación que plantean como ideal la figura y la apariencia.
- Desmitificar los valores sociales que priman la imagen o el aspecto como un elemento básico para la autoestima y el éxito social.

La importancia del profesional de la salud como primer contacto en la detección de personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Médico

El papel del médico de primer contacto en la detección de problemas alimentarios ha cobrado importancia en los últimos años. Es frecuente que los pacientes acudan a consulta sin saber que tienen un trastorno y el médico debe ser capaz de detectar las conductas de dieta para modificarlas, detectar a los grupos de población vulnerables para abordar y mejorar estos aspectos nutricionales.

Es importante que los médicos de primer contacto puedan utilizar recursos diagnósticos para la detección precoz de estos trastornos. El cuestionario SCOFF puede ser válido:

1. Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena?
2. Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?
3. Has perdido recientemente más de seis kilos en un periodo de tres meses?
4. Te consideras “gorda” y los demás te dicen que estás delgada?
5. Crees que la comida domina tu vida?

En este cuestionario una sola respuesta positiva es indicativa de que existe un problema.

Nutrióloga

La nutrióloga participa en la evaluación de los pacientes y puede identificar claramente un trastorno alimenticio. La historia nutricional y el procedimiento de evaluación que lleva a cabo la nutrióloga pueden dar elementos que den luz sobre un cuadro alimentario. Podemos pensar desde el peso real vs. El peso percibido por el paciente, hasta los hábitos alimentarios y la percepción y mitos sobre ciertos alimentos pueden apuntar a un problema no identificado por el paciente.

Es de mencionar que la nutrióloga, como parte del equipo de salud de primer contacto puede detectar casos cuyos motivos de consulta no sean específicamente un trastorno de la alimentación.

I. Psicóloga

El equipo de psicología, al abordar aspectos de tipo emocional puede también encontrar factores de riesgo o factores desencadenantes que propician los trastornos de la conducta alimentaria. Su labor puede ser desde detectar casos potenciales hasta casos declarados de problemas alimentarios. Las percepciones, actitudes, estado de ánimo y estilos de relación pueden aportar elementos para un diagnóstico certero.

II. Odontólogo

Los TCA presentan consecuencias físicas importantes como ya se mencionó anteriormente. Entre estas están problemas en los dientes, de ahí que el odontólogo pueda ser un elemento importante del equipo médico para la detección de TCA. Los problemas dentales aparecen como una consecuencia de la malnutrición en la AN y como efecto directo del vómito en la BN.

La deshidratación causa sequedad de boca, evidente a la exploración física, como saliva espumosa o sequedad de la mucosa. Los labios son quebradizos y secos con algunas fisuras a simple vista. Hay pacientes con bulimia o con anorexia tipo purgativo que presentan una gama de características orales sugestivas de su condición. Lo más leve es eritema, principalmente del paladar y faringe. Los signos más obvios en casos avanzados son aquellos que involucran a los dientes. Si bien los daños a los dientes en estos pacientes han sido descritos desde los años 30's (Bergen, Austin, Holst, Lange, 1939), es en las últimas dos décadas cuando se han incrementado en forma importante (Allan, 1969, House, Grisuis, 1981, Andreuis 1982). Los problemas dentales se describen en tres etapas progresivas: 1. Erosión del esmalte. 2. Erosión del esmalte y la dentina. 3. Pérdida de la altura vertical del diente. Los síntomas asociados a la erosión de los dientes son: sensibilidad a la temperatura, pulpitis reversible o irreversible y necrosis de la pulpa.

Afortunadamente la gran mayoría de las complicaciones descritas son reversibles una vez que se establece un patrón alimenticio normal y se recupera el peso perdido y se dejan las conductas compensatorias. La monitorización de la paciente dependerá en gran medida de las condiciones específicas que se encuentren en la evaluación médica inicial. El monitoreo médico durante la realimentación debe ser cuidadoso y encaminado a prevenir el síndrome de realimentación.

Enfermera

La enfermera puede, al hacer la valoración inicial detectar conductas anómalas que puedan apuntar a un TCA. En las clínicas de primer contacto la enfermera es quien recibe y valora primero al paciente. Es quien puede encontrar desde un inicio problemas en el peso, en la actitud hacia la comida, en conductas extrañas, y del estado de ánimo que son indicativas de una alteración alimentaria.

Trabajadora social

La trabajadora social, un pilar importante en las clínicas de primer contacto, es quien conoce de primera mano los aspectos familiares del paciente y su estilo de vida. Como vive, con quien vive, que es lo que hace y que es lo que no hace el paciente, puede dar pauta a pensar en un problema alimentario. El interrogatorio que se lleva a cabo por parte del equipo de trabajo social puede dar los primeros elementos sobre un estilo de vida y hábitos poco saludables característicos de un TCA. De ahí lo importante poderlo detectar y documentar para que así, sean los otros profesionales de salud de primer contacto que puedan corroborarlo y lograr un diagnóstico correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAHAM, S. (1996). Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology*. 29, 218-222.
2. AEPEA EU : 2004.
3. AGRAS S, HAMMER L, NICHOLAS F (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J ED*, 25: 253-262.
4. AGRAS S W ET ALS (2004) Report of the Nationals Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. *IJED* 35 509-521.
5. ALEMANY M (2003). Mecanismos de control de peso corporal. Implicaciones en la anorexia nervosa. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel. P 69-86.
6. ALVAREZ, R. G., MANCILLA-DÍAZ, J. M. & VÁZQUEZ, A. R. (2000). Propiedades Psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea*, 7, 1, 74-85.
7. ALVAREZ, G.L., VÁZQUEZ, R., MANCILLA, J.M. & GÓMEZ-PERESMITRÉ, G (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 47-56.
8. ALVAREZ et als, EAT-40. Cuestionario de Actitudes Alimentarias. *Eating Attitudes Test Rev Mex Psicología* 19, 1, 47-56 2002..
9. AMERICAN PSYCH. ASS. (1994). *DSM IV*. APA: Washington.
10. ANDERSEN, A. (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
11. ANDERSEN. A., Y MICKALIDE, A. (1983). Anorexia in the male: An underdiagnosed disorder. *Psychosomatics*, 54, 1066-1075.
12. ASSOUN PL (1980). S Freud: L'intérêt de la psychanalyse Paris: Retz-CEPL.
13. BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
14. BARRIGUETE CASTELLON A (1996). *Lo que el vino se llevó*. México: Diana.
15. BARRIGUETE CASTELLON A (2000). *La copa nostra*. México: Diana.
16. BARRIGUETE M J.A. Anorexia nervosa: diagnóstico psiquiátrico y estructural. *Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Psiquiatría*. No. 1, 1991. 21-39.
17. BARRIGUETE M J.A., HOLTZ V.E., "Un relato de la violencia en la historia: la anorexia entre cuerpo y sufrimiento". *Psicología Iberoamericana* Vol.3 1995.
18. BARRIGUETE M J.A.. "Eating Disorders in México". *Academy for Eating Disorders N.Y. Newsletter*. Editor:D.M. Garner. Issue No. 8, fall 1996. P 5.
19. BARRIGUETE A. "Eating Disorders in México". *Academy for Eating Disorders. Newsletter*. No. 9, summer 1997. P 8.
20. BARRIGUETE M J.A. Y SOTO F. 1997 El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contra-transferencia y enaction en la consulta terapéutica con los bebés. *Rev. De Cabeza*, No 5, Abril-Jun.. P 8-14 y 30.
21. BARRIGUETE J.A., SOTO GRACIA F. (1998a). De la capacidad de arrullo a la capacidad de consuelo. Aportaciones de la psicopatología del desarrollo a los trastornos de la alimentación. *Cuadernos de Psicoanálisis*. Ene. Jun. Vol. XXXI, No. 3 y 4 pp 240-253.
22. BARRIGUETE, J.A., LEOVICI, S., SALINAS, J.L., MAZET, PH., MALDONADO-DURÁN, M. (1998b), "El papel del padre en la alimentación y sus dificultades". In: Lartigue B, T., Maldonado-Durán, M., Avila R, Héctor (Coordinadores). *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdes Editores. P 257-272.

23. BARRIGUETE J.A., MORO M.R., AGUILAR C et als. « Étude préliminaire des soins précoces mere bébé (crianza) chez les P'urhe. Vers une ethnopsychanalyse périnatale ». En: Mazet Ph. et Lebovici S. (eds) *Psychiatrie perinatale*. 1998c. Paris: Press Universitaire de France. 471-488.
24. BARRIGUETE M J.A., M. BOTBOL, E.V. HOLTZ “ Entre corps et souffrance: l'anorexie mentale face aux violences de l'histoire de la clinique”. M. *Revue Nervure* Tome XII No. 2 Mars 1999. 47-53.
25. BARRIGUETE M J.A., BOTBOL M, MORO M-R, BILBAO F, MALDONADO M. “L'anorexie mentale: une impasse entre la filiation et l'affiliation. L'importance de la figure du père” *PRISME*, 2000, Septembre. No. 32. p 58 - 71.
26. BARRIGUETE M J.A., PIERREHUMBERT B. “La cucharas infantiles: utensilios de relación”. In: Slim Soumaya (Ed). (2001). *2800 años de cubertería*. México: Museo Sumaya. Páginas 145-154.
27. BARRIGUETE M J.A. 2002 « L'Alliance thérapeutique dans l'anorexie mentale ». *Revue Perspectives Psychiatriques*. Volume 41, No. 1. janvier – février 2002. Pp 24-32.
28. BARRIGUETE MJA, MORO MR, AXELROD R. 2002 “Afectos y cultura: una reflexión psicoanalítica” *Cuadernos de Psicoanálisis*, 2002. Ene. Jun. Vol. XXXV. No. 1 y 2. P 60-83.
29. BARRIGUETE M J.A., LEOVICI, JOSÉ LUIS SALINAS, MARIE ROSE MORO, LETICIA SOLÍS, MICHEL BOTBOL, MARTÍN MALDONADO ARMANDO CORDOVA. 2002. « Les fonctions du père. Troubles de la conduite alimentaire dans la clinique des interactions précoces ». En : SOLIS L. (Ed). *La Parentalité*. Paris: P.U.F. 2002. P 73-90.
30. BARRIGUETE M J.A., 2003a. *Psiquiatría Perinatal e Intercultural*. PAC *Psiquiatría* – 4. Libro 1. México: APM-Intersistemas. 64 páginas.
31. BARRIGUETE M J.A. 2003b. “Culturas distintas. Modelo Inter-Cultural para la observación de conductas, prevención y tratamiento de los trastornos de la alimentación” en: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel. P 243-256. BARRIGUETE M J.A., 2003. *Psiquiatría Perinatal e Intercultural*. PAC *Psiquiatría* – 4. Libro 1. México: APM-Intersistemas. 64 páginas.
32. BARRIGUETE M J.A. *Anorexia nervosa: diagnóstico psiquiátrico y estructural*. *Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Psiquiatría*. No. 1, 1991. 21-39.
33. BARRIGUETE M J.A., HOLTZ V.E., “Un relato de la violencia en la historia: la anorexia entre cuerpo y sufrimiento”. *Psicología Iberoamericana* Vol.3 1995.
34. BARRIGUETE M J.A.. “Eating Disorders in México”. *Academy for Eating Disorders N.Y. Newsletter*. Editor: D.M. Garner. Issue No. 8, fall 1996. P 5.
35. BARRIGUETE M J.A., AGUILAR C.A., MORO M-R., RIOS E., LERIN S. 2003e « Élever un enfant ce n'est pas seulement le nourrir : Approche ethnopsychanalytique de la crianza chez les Purépechas du Mexique ». *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés. Revue Transculturelle. Cliniques des Amériques*. 2003, Vol 4; No. 2: P 347-357.
36. BARRIGUETE M J.A., LEOVICI, JOSÉ LUIS SALINAS, MARIE ROSE MORO, LETICIA SOLÍS, MICHEL BOTBOL, MARTÍN MALDONADO, ARMANDO CORDOVA. (2004). « La función del padre en la consulta terapéutica padres-bebé en el tratamiento de trastornos de la alimentación en el lactante. ». In : Solis L. M.C. (Editor). *La Parentalidad – Desafío para el Tercer Milenio*. México: Ed. Manual Moderno. P 35-42.
37. BARRIGUETE M JA, ROJO L., EMMELHAINZ M. “Anorexia nervosa y bulimia nervosa. Consideraciones psicológicas para su tratamiento. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 69. Nov. 2004. Supl. 3. P 51-56.

-
38. BARRIGUETE M J A., (2005). Conducta alimentaria modelo bio-psico-socio-cultural En: Caballero A (Ed). Trastornos de la Alimentación. México: Psiquiatría. En prensa.
 39. BARRIGUETE M JA, SALINAS F JL. "Clínica Trastornos de la Conducta Alimentaria 1985-2002 INNSZ". INCMYn SZ 6o Aniversario. 2006. INNSZ. P 245-247.
 40. BARRIGUETE M JA (2005) TCA y globalización. Conferencia V Congreso Nacional AET-CA. Zaragoza ES.10 junio 2005. inédito.
 41. BARRIGUETE JA, RIVERA MT, PÉREZ A, EMMELHAINZ M. La Conducta Alimentaria y el equilibrio Bio-Psico-Familiar. Rev Iberoamericana Psicol. 2005; 13; 68-73.
 42. BARRIGUETE JA. Trastornos de la conducta alimentaria en el sobrepeso y la obesidad. obesidad y riesgo cardiometabólico. Revista, Enlaces Médicos Francia-México. Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP. 2006; Abril:31-38.
 43. JA BARRIGUETE-MELÉNDEZ , C UNIKEL-SANTONCINI C AGUILAR-SALINAS, J Á CORDOBA-VILLALOBOS, T SHAMAH, S BARQUERA J RIVERA-DOMARCO, M HERNÁNDEZ-AVILA. "Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents: results of a population -based nationwide survey (Mexican Health and Nutrition Survey 2006)". 2008. Salud Pública. (Aceptado para publicación).
 44. BARRY, A., Y LIPPMAN, S. (1990). Anorexia nervosa in males: Post Graduate Medicine, 87, 161-166.
 45. BEATO L., RODRÍGUEZ C T. (2002). Aplicación de la entrevista motivacional en pacientes con un trastorno de comportamiento alimentario. Rev. Psicología y psiquiatría del niño y del adolescente. 1 (2): 42-49.
 46. BEATO L., RODRÍGUEZ C T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los tca (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. Actas Esp Psiquiatr. 31 (3): 111-119.
 47. BEATO L (2004). Motivación y TCA. Congreso HLA de TCA. México.
 48. BERNARD, C. (1856) Introduction a la medicine experimentale in : Dumas (Ed) Histoire de la science. Paris : Gallimard. 1956. 456.
 49. BEN TOVIN D.I., Y MORTON J. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in South Australia. Aust. N. Z. J. Psychiatry. 24(2): 182-186.
 50. BRINCH M., ISAGER T., TOLSTRUP K. "Incidence de l'anorexie mentale sur la maternité et le maternage ». En : ANTHONY E.J., CHILAND C. (Eds). Le developpement en péril. Paris : PUF. 185-196.
 51. BLAIS et als, (2000) Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. Int J ED, 27: 140-149.
 52. BLAKE, W., TURNBULL, S., & TREASURE, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. Clinical Psychology and Psychotherapy, 4, 186-191.
 53. BLEIBERG E. (2000) Attachment, trauma and self-reflection. En: Maldonado-Duran M (Ed). Models of Clinical Intervention in Infancy and Earlychildhood. Washington : American Psychiatric Press. P 33-56.
 54. BLEIBERG E (2002). Attachment trauma and self reflexion. in : Maldonado-Duran M (Ed). Models of Clinical Intervention in Infancy and Earlychildhood. Washington :American Psychiatric Press. P 33-56.
 55. BLINDER BJ, CHAITIN BF, HAGMAN JO (1988) The Eating Disorders: Medical And Psychological Bases Of Diagnosis And Treatment. NY: PMA
 56. BOTBOL M, CUPA D, TABATABAI H, BRANCO M, MENETRIER C, BARRIGUETE J A. Les destins de l'attachement à l'adolescence. In : Dominique Cupa (editeur). L'Attachement. Perspectives actuelles. Paris : EDK. Pluriels de la psyche. 2001. Pp 69-82.

57. BILBAO F Y AMENABAR JM (Compiladores). La sociedad actual entre dependencias y violencia. Morelos: Universidad Autónoma de Morelos. 2001.
58. BOUSOÑO GARCIA M (2003) Consecuencias De La An. En: Rojo L. (Editor). Anorexia Nervosa desde sus Orígenes a su Tratamiento. 2003. Madrid: Ariel. P 111-122.
59. BOVET P et al. "Monitoring one year compliance to antihypertension medication. Bull. WHO, 2002, 80: 33-39.
60. BOWLBY J. (1988) A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Rutledge.
61. BREWERTON TD (2005) Psychological trauma and eating disorders. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). Eating Disorders Review Part 1. Oxford: Radcliffe Publishing. 137-154.
62. Brownley KA, Berkman ND, Sedway AJ, Lohr NK, Bulik MC. (2007). Binge Eating Disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int. J. ED 40; 337-348.
63. BRUCH H (1962) Perceptual and Conceptual Disturbances In Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine 24, 287-294.
64. BRUCH H (1966). Anorexia Nervosa and its differential diagnosis. J. Nerv. Ment. Dis. 141: 555-564.
65. BRUCH H (1970). Psychotherapy in primary anorexia nervosa. J. Nerv. Ment. Dis. 150 : 51-67.
66. BRUCH H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within NY: Basic Books.
67. BRUCH H. The first interview. In: Garfinkel & Garner. Handbook on Treatments of Eating Disorders. NY: Basic books. 1985
68. BULIK CM., SULLIVAN PF., KENDLER KS (1998) Heritability of binge-eating and broadly-defined bulimia nervosa. Biol. Psychiat, 44, 1210-1218.
69. BULIK CM., SULLIVAN PF., KENDLER KS., WADE TD (2000) Twin studies in ed: A review. Int. J. ED, 27, 1-20.
70. BULIK CM., SULLIVAN PF., KENDLER KS (2003) Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. Int. J. ED. 33: 293-298.
71. CALVINO I (1984). Leggerezza. Lezioni americane. Milano: Mondadori Ed. 7-35.
72. CLARKIN J.F. (1989). Psychodynamic psychotherapy of border line patient. In: Kernberg (1989) ob.cit.
73. CÓRDOVA-VILLALOBOS JA. "La Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas". Consejo Nacional de Salud. Colima Col. México. 6 enero 2007
74. CONNAN F., CAMPBELL I., KATZMAN M., LIGHTMAN S., TREASURE J. (2000). A neuro-developmental model for the aetiology of anorexia nervosa. Citado en: TREASURE J (2003). Etiología de los trastornos de la alimentación. En: Rojo L. (Editor). Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento. 2003. Madrid: Ariel. P 61.
75. CROW S (2005). Medical complications of eating disorders. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). Eating Disorders Review Part 1. Oxford: Radcliffe Publishing. 127-136.
76. CROWTHER J.H. & SHERWOOD N.E. Assesment. En Garner D.N. & Garfinkel P.E. Handbook of treatment for eating disorders. 1997. New York: Guilford Press. 34-49.
77. CHATOOR I (1997) Eating behavior disorder. En: Lieberman A (Eds). DC:0-3 Casebook. Washington. ZERO TO THREE.
78. DE LA FUENTE R (1999) Biología de la mente México: FCE.
79. DEVEREUX, G. (1970). Ethopsychanalyse complementariste. Paris : Flammarion.

-
80. DEVLIN M., GOLFEIN JA., DOBROW I. (2003). "What is this thing called Bed?, Current Status of Bed Nosology". *Int J. Ed.* 34: S2-S18.
 81. DEVLIN M., FISCHER SE (2005) Treatment of BED. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 26-42.
 82. DUBY G (1967) (1997). "La historia cultural". En: Rioux JP., Sirinelli JF. *Para una historia cultural*. México: Taurus. 449-455.
 83. EDMUNS H, HILL AJ (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *Int. J. ED* 25; 435- 440.
 84. FARMER KC. "Methodes for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin. Therapeutics*, 1999, 21: 1074-1090.
 85. FELD, R., WOODSIDE, D. B., KAPLAN, A. S., OLMSTED, M. P., & CARTER, J. C. (2001). Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating disorders: A Pilot Study. *International Journal of Eating Disorders*. 29, 393-400.
 86. FERNANDEZ AUZA F (2003) en: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel.
 87. FERNÁNDEZ VILLAMARZO P (1988) *El método terapéutico en la obra de Freud* Salamanca: U Pontificia de Salamanca.
 88. FLAMMENT F., JEAMMET Ph. (2000). *La Boulimie*. París. Masson.
 89. FONSECA H, IRELAND M, RESNICK MD (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *Int. J. ED* 32; 441-448.
 90. FOUCAULT M (1963). *El nacimiento de la clínica*. México: S XXI.
 91. FOUCAULT M (1968).
 92. FRANCO L., DORER M., MANZO M., SAFIA A., JAKSON C., KEEL P., HERZOG DB. "Predictors of Onset and Recovery for Alcohol Abuse in ED". *ICED, AED*. Orlando FL. 2004.
 93. FRAIBERG, S., ADELSON, E., SHAPIRO V. Ghosts in the nursery. *J. Am. Acad. Child. Psychanal*, summer 1975, vol. XIV, No. 3, p 387-421.
 94. FRENK J., LOZANO R., GONZÁLEZ BLOCK MA. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Informa preliminar. México: FUNSALUD. 1994.
 95. FREUD A (1936) The ego and the mechanisms of defense. W 2.
 96. FREUD S. (1912). The dynamic of transference. SE 12. London: Hogarth Press.
 97. FREUD S. (1913). On beginning the treatment. SE 12. London: Hogarth Press.
 98. FREUD S (1915-17) Lecciones introductorias al psicoanálisis. *Obras Completas III*. 2123-2412.
 99. FREUD S (1922) El Psicoanálisis. Artículos de Enciclopedia. *Obras Completas III*. P 2661.
 100. FREUD S (1926) Análisis Profano. *Obras Completas III*. P 2911-2959.
 101. FREUD S (1923) Esquema del psicoanálisis. *Obras Completas III*. P 2729-2741.
 102. FREUD S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. SE 22. London: Hogarth Press.
 103. FRIEDMAN L. (1969). The therapeutic alliance. *Int. J. Psychanal.* 50 : 139-153.
 104. FULKERSON JA., KEEL PK., LEON RG., T (1999). Eating-disorder behaviours and personality characteristics of high school athletes and non athletes. *Int. J. ED* 26: 73-79.
 105. GARD MC., FREEMAN CP (1996) "The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status" *IJED* 20 (1): 1-12.
 106. GARFINKEL P., GARNER D. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. NY: Guilford Press.
 107. GARFINKEL PE., LIN E., GOERING P (1995) "Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups" *AM. J. Psychiatry*. 152: 1052-1058.

108. GARNER, D. Y GARFINKEL, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
109. GARNER D.M. & GARFINKEL P.E. "Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications". *Int.J. Psychiatry in Med*, 1981.11,263-284.
110. GARNER, OLMSTED & POLIVY, 1983 Eating Disorders Inventory; *Int J ED* 2, 15-34
111. GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., ROCKERT, W. Y OLMSTED, MP. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
112. GARNER D, NEEDLEMAN LD (1997). Sequencing and Integration of Treatments. In: Garner D & Garfinkel P, *Handbook of Treatment For ED* NY: Guilford Press. P 50-63.
113. GITELSON M (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int.J. Psychanal.* 33 : 1-10.
114. GOLSE B. (1997) "La transmisión transgeneracional". Universidad de Verano. París Francia.
115. GOLSE B (1998) La psychiatrie du bébé aujourd'hui. En: LEBOVICI S. *L'Arbre de vie*. Paris : ERES. P 159-192.
116. GOLSE B (1999) *Du corps à la pensée* Paris : PUF.
117. GOMEZ PÉRESMITRE G. (1997). Prácticas de riesgo en niños. Presentación congreso Fundación CBA 2000. México.
118. GREENSON R.R. (1965). The problem of working through. In: Schur M (ed). *Drives, affects, behavior*. NY: IUP.
119. GREENSON R.R. (1967). The technique and practice of psychoanalysis. NY: IUP.
120. GREENSON R.R. & Wexler (1969). The non-transference relationship in the psychoanalytic situation. *Int.J. Psychanal* 50 : 27-39.
121. HALMI KA., et al (1979) "Unique features associated with age of onset, presentation and duration of illness" *Psychiatric. Res.*, 1: 209-215.
122. HAMILTON, L.H., BROOKS-GUNN, J. Y WARREN, M.P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 465-477.
123. HAMLETT, K., Y CURRY, J. (1990). Anorexia nervosa in adolescent males. A review and case study. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 70-94.
124. HAYNES RB. "Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane database of systematic reviews*. 2001 Issue 1.
125. HERZOG, D., NORMAN, D., GORDON, C., et al. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141,989-990.
126. HINDLER et al (1994) "AN: change over time in age of onset, presentation and duration of illness" *Psychol. Med.*, 24: 719-729.
127. HOLTON G. (1974) The roots of complementarity. *Daedalus*.
128. HUDSON JI., HUDSON RA., POPE HG (2005). Psychiatric comorbidity and eating disorders. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 43-58.
129. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity replication survey. *Biol Psychiatry* 2007; 61:348-358.
130. HSU LKG (1996). Epidemiology of ED. *Psychiatr. Clin. N Amer.* 19: 681-700.
131. JACOBI C (2005). Psychosocial risk factors for ED. In: Woonderlich (Ed). *Eating Disorders Review. Part 1*. UK: Radcliffe. P 78-80.
132. JEAMMET PH (1989). Psychopathologie des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de déoendence. *Confrontations psychiatriques*. 31, 179-202.

-
133. JEAMMET PH. 1990. Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur les liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. En : VISSET 1990. Les nouvelles addictions. Paris : Masson.
 134. JEAMMET PH. (1994) El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. Revista psicoanálisis con niños y adolescentes No. 6. p 25-42.
 135. JEAMMET PH. (1994) Therapeutiques psychanalytiques des troubles alimentaires in: Samuel-Lajeunesse B & Foulon Ch (Eds) Les conduites alimentaires. Paris: Masson. P.224.
 136. JEAMMET PH. (1997). Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. In : Padiou R et al, Dépendance et conduites de consommation. Questions en santé publique. Intercommissions INSERM. Paris : Ed. INSERM. P 33-56.
 137. JEAMMET PH., CORCOS M (1999). Evolutions des problématiques adolescentes. La Dépendance et ses aménagements. Paris: Editions DOIN.
 138. JEAMMET PH., CORCOS M (2001). Évolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements. Paris: Doin.
 139. JEAMMET Ph. (2002). Le suicide. Paris: PUF.
 140. JOHNSON C. The first interview. In: Garfinkel & Garner. Handbook on Treatments of Eating Disorders. NY: Basic books. 1985
 141. KEARNEY-COOKE & STRIEGEL-MOORE. "The etiology and treatment of body image disturbance", En: Garner D.N. & Garfinkel P.E. Handbook of treatment for eating disorders. 1997. New York: Guilford Press. 295-306.
 142. KENDLER et al (1991) "The genetic epidemiology of bulimia nervosa" Am. J. Psychiatry. 148 (12): 1627-1637.
 143. KESTENBERG E. (1981) Le personnage tiers. in: Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie, No.3. p 115.
 144. KERNBERG O. (1989). Psychodynamic psychotherapy of border line patients. NY: Basic Books.
 145. KERNBERG O et al (1984). Severe personality disorders. Yale: Yale University.
 146. KERNBERG O (1989). Psychodynamic severe personality disorders. Yale: Yale University.
 147. KERNBERG O. (1992). Comentario personal. Curso "manejo del paciente límite". White Plains NY. Universidad de Cornell. EU.
 148. KING MB, (1998) The Epidemiology of ED 7: 32-41.
 149. KING MB., (1989) "Eating attitudes in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months" Psychol. Med., 14: 1-34.
 150. KLUMP KL et al (2002) Does environment matter? A review of nonshared environment and ED. I.J. ED 31: 118-135.
 151. KOTLER LA., COHEN P., DAVIES M., PINE PS., WALSH BT. (2001) Longitudinal relationships between childhood, adolescent and adult ED. J Acad Child Adol Psychiatry 40 1424-40.
 152. KOENIGSBERG, H, KERNBERG O. (1992) A method for analysing therapist intervention in psychotherapy of border line patient. 1992. Comunicación personal.
 153. KREISLER L., CRAMER B. (1981) Bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, Psychiatr. enfant, 24, 1, 233-263.
 154. KUNDERA M La insupportable levedad del ser.
 155. LACEY, J.H., Y MOURELI, E.(1986). Bulimic alcoholics: some features of a clinical subgroup. British Journal of Addiction, 81, 389-393
 156. LACEY, J.H.(1993). Self-damaging and Addictive Behavior in Bulimia Nervosa. British Journal of Psychiatry, 163, 190-194.

157. LADAME F. (1991) Adolescence entre rêve et action. *Rev.Fr.Psychanal.*, 55, 1493-1541.
158. LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967). *Psychanalyse in: Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: P.U.F. Páginas 250-252. Ellos se dirigen en su definición mas hacia lo terapéutico.
159. LAUFER M., E.(1989) Adolescence and rupture du développement. Une perspective psychanalytique. Trd. Fr. Paris:PUF.
160. LAVIK N.S., CLAUSEN S.E., Y PEDERSON W. (1991). Eating behavior, drug use, psychopathology and parental blinding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 387-390.
161. LEOVICI S, SOULE M. (1970) La connaissance de l'enfant par la psychanalyse Paris: PUF
162. LEOVICI S (1983a) Le nourrisson, la mère et le psychanalyste Paris : Paidos.
163. LEOVICI S., (1983b) Pour une clinique de l'interaction. Perspectives psychiatriques.
164. LEOVICI S. "L'homme dans le bébé. (1991). *RFP*, 58, 3, 661-680.
165. LEOVICI S (1992) En l'homme le bébé Paris : ESHEL.
166. LEOVICI L (1998). *L'Arbre de vie*. Paris : ERES.
167. LEOVICI S., SOLIS L., BARRIGUETE J.A. « L'arbre de vie, l'empathie métaphorisante, l'énaction ». In : Lebovici S. Solis L. (Editores). *La Parentalité*. 2002 Paris: PUF. P 49-59.
168. LEOVICI S., BARRIGUETE J A., SALINAS J.L. (2002) Therapeutic Consultation in : Maldonado-Duran M (Ed). *Models of Clinical Intervention in Infancy and Early Childhood*. Washington: American Psychiatric Press. 161-186.
169. LE GRANGE D (2005) Familla issues and eating disorders. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 15-26.
170. LILENFELD L.R., et als (1998) A controled family study of AN and BN : Psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch. Gen Psych.* 55: 603-610.
171. LIVIANOS ALDANA L, DOMÍNGUEZ CARABANTES A, ROJO MORENO L. La Relación Médico-enfermo : Una aproximación a su medida. *An. Psiquiatría* 1995, 11 (10) : 369-76.).
172. LOEWALD H.W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int.J. Psychanal.* 41 : 16-33.
173. LUCAS et al. (1988) "AN in Rochester, Minnesota: a population-based study" *Mayo Clinic Proc.* 63: 433-442.
174. MAIN M (1981) Quality attachment to mother and father. *Child. Development*, 52:932-940.
175. MALDONADO-DURAN M, BARRIGUETE J A. (2002) Evaluation and treatment of eating and feeding disturbances in infancy in : Maldonado-Duran M (Ed). *Models of Clinical Intervention in Infancy and Earlychildhood*. Washington: American Psychiatric Press. P 309-344.
176. MARCHI M., COHEN P (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent ed. *J Acad Child Adol Psychiatry* 29 112-117.
177. MARCELLI D. *Les etats dépressifs à l'adolescence*. 1995. Paris: Masson. 2ª. Ed.
178. MARGO, J. (1987). Anorexia nervosa in males. A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.
179. MAZET PH., LEOVICI S., "Avant propos » En : MAZET PH., LEOVICI S., *Psychiatrie Périnatale*. Paris : PUF. 1998. P 16.
180. MENNINGER K (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. NY: Basic books.
181. MC CLEAND, CRISP A (2001) "Anorexia Nervosa and social class" *IJED* 29 (2) 150-156.

182. MCCONNAUGHY, E. A., PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement addictive behaviors. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
183. MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA MUÑOZ C y Cols. Prevalencia de Trastornos Mentales y Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26 (4 Ago).
184. MILDT. La prevention des toxicomanies. Paris: La Documentation Francaise. 2003.
185. MILLER W.R., ROLLNICK S (1991) Motivational interviewing: preparing people for change. NY: Guilford Press.
186. MITCHELL, J.E., HATSUKAMI, D., ECKERT, E.D. Y PYLE, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia . *The American Journal of Psychiatry*, 142, 482-485.
187. MOGUL S (1980) Asceticism in adolescent and in anorexia nervosa. *Psychanal. Stud. Child*. 35: 155-175.
188. MORIN E (1994a). Mes démons. Paris: Ed. Stok.
189. MORIN E (1994b). La tête bien faite. Paris: Ed. Flammarion.
190. MORIN E (2000). Les déficits du XXI siècle. Paris: Ed.
191. MORO, M. R. (1995). Parents en exil. *Psychopathologie et migration*. Paris : PUF. P 24.
192. MORO, M-R., BARRIGUETE M J.A.. (1998), "Aspectos transculturales de la alimentación del lactante". In: Lartigue B, T., Maldonado-Durán, M., Avila R, Héctor (Coordinadores). *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdes Editores. P 337-362.
193. MORO M-R, BARRIGUETE MELÉNDEZ JA. (2003). "Psiquiatría perinatal intercultural. Caso clínico". En: Barriguete Meléndez J.A. *Psiquiatría perinatal e intercultural PAC Psiquiatría -4. Libro 1*. México: Intersistemas. P 48-54.
194. MORRIL E., NIKOLS-RICHARDSON H. (2001) Bulimia Nervosa during pregnancy. *Am J Diet*. 101: 4: 448-454.
195. MRAZEK P. J. "Maltreatment and infant development". En: ZEANAH C.H. (Ed) *Handbook of Infant Mental Health*. NY: Guilford Press. P 159-170.
196. NASSER M, KATZMAN MA, GORDON RA (Eds.) *Eating disorders and cultures in trasnsition*. New York: Taylor and Francis, 2001.
197. NICE (2004) *Eating Disorders*. London: British Psychological Assoc.
198. NYGAARD, J.A. (1990). Anorexia nervosa. Treatment and triggering factors. *Acta Psiciatrica Scandinavica Supplement*, 361, 44-49.
199. ODY M., SMADJA C. (1995) Carence paternelle. *Nouveau traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF Vol 4. P 2606.
200. PATTON et al, (1990) "Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up" *Psychol. Med*. 21 (2): 287-291.
201. PATTON et als (1999) "Onset adolescent ED: population based cohort study over 3 years" *Br. M. J* 318: 765-768.
202. PEREZ RINCON et als. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la escala modificada de alexitimia de Toronto. *Salud Mental* 20 (3) sept. 30-34.
203. PETERSON CB., MILLER KB (2005) Assessment of eating disorders. En: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 105-126.
204. PROCHASKA, J. O. (1979). *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical Analysis*. Homewood IL, Dorsey Press.

205. PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, 1102-1114.
206. PROCHASKA, J.O., REDDING, C. A., HARLOW, L. L., ROSSI, J. S., & VELICER, W. F. (1994). The transtheoretical model and human immunodeficiency virus prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486
207. RICOEUR P (1992) La souffrance n'est pas la douleur. *Psiquiatrie Française*. XXIII. 9-18.
208. ROCHA S., GARCÍA E., BARRIGUETE J. A., PALMA M., "Tratamiento integral de los trastornos de la Conducta Alimentaria" *Cuadernos de Nutrición*. Vol. 20 No. 5. Sept/Oct 1997. 31-34.
209. ROJO L et als (2003) "Epidemiología de los tca" En: Rojo L, Cava. *La Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel. P 29-52.
210. ROME ES et als. (2003). Children and Adolescents with Eating Disorders: The State of The Art. *Pediatrics* Vol. 111, Jan 2003 E98-E108.
211. ROMEO, F. Adolescent Boys and Anorexia Nervosa. *Adolescence*. 29 (115):643-647. Otoño 1995.
212. ROSEN J.C. & SREBNIK D. Assesment of eating disorders. En: P. McReynolds (ed). *Advances in psychological assesment*. 1990. New York: Plenum Press. 255-257.
213. ROSEN J.C. "Body image disorder: Definition, development and contributions to eating disorders. En: J.H. Crowther (ed). *The etiology of bulimia nervosa: the individual and family context*. 1992. Washington DC: Hemisphere. 157-177.
214. RUSSELL. GERARD FM. "Evolución Histórica y Síntomas Nucleares en la AN". En: Rojo L, Cava G (Eds). *Anorexia Nerviosa: Desde Sus Orígenes Al Tratamiento*. Madrid: Ariel. 2003
215. SACKETT D et als. "Patient compliance with antihypertensive regimens". *Patient Counselling & Health Education*, 1978, 11: 18-21
216. SALINAS, J.L. PÉREZ P., VINIEGA, L., BARRIGUETE M J.A., CASILLAS.J., VALENCIA, A. "Modelo Psicodinámico Sistémico de Evaluación Familiar" *Rev. Inv. Clin*. 1992. México. Vol 44, No.2. p 169-188.
217. SALINAS J.L., BARRIGUETE J.A., CASAMADRID J. (2000). Dinámica familiar y la práctica de la pediatría in: M. Arellano Penagos (Ed). *Crisis en la infancia y en la adolescencia*. México: Confederación Nacional de Pediatría de México A.C. P15-38.
218. SAMEROFF A.J. 1993. "Models of development and developmental risk". En: ZEANAH C.H. *Handbook of Infant Mental Health*. NY: Guilford Press. P 3.
219. SANDLER J (1969) Towards a basic psychoanalytic model. *Int. J. Psychanal*. 50 : 79-90.
220. SCHACHTER, S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychology*, 37, 436-444.
221. SCHMIDT U., TREASURE J. (1997). Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e). *The therapeutic relationship*. Sussex. Psychology Press. 12-13.
222. SCHNEIDER J.A., AGRAS W.S. (1987). Bulimia in males: a matched comparison with females. *International Journal Eating disorders*;6:235-242.
223. SEILER R., DICKSTEIN S. "Parental mental illness and infant development". En: ZEANAH C.H. (Ed) *Handbook of Infant Mental Health*. 1993. NY: Guilford Press. P 120-142.
224. SERPELL, L., TREASURE, J., TEASDALE, J., & SULLIVAN, V. (1999) Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*. 25, 177-186, 1999.
225. SMOLAK L, STRIEGEL-MOORE R. Challenging the myth of the golden girl: ethnicity and eating disorders: innovative directions in research and practice. Ruth Striegel-Moore y Linda Smolak (Eds.) Washington, D.C.: American Psychological Association, 2001.

-
226. SOLÍS ROJAS L., MEDINA-MORA M. E., "Manejo actual de la fármaco dependencia". Rev. Inv. Clin. 2000. México. Vol. 52, No.3. Mayo-Junio 2000. p 275-283.
227. SOURS (1974). The Anorexia Nervosa syndrome. Int. J. Psychanal. 55 : 567-576.
228. SPITZ R.A. (1968) De la naissance à la parole. Paris:PUF.
229. STEIGER, H. (1989). Anorexia nervosa and bulimia in males. Lessons from a low risk population. Canadian Journal of Psychiatry, 34, 419-424.
230. Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV, Zoler DJ, Arnow BA, Wifley DE. (2007). What's driving the binge in Binge Eating Disorder? A prospective examination of precursors and consequences. Int. J. ED 40; 195-203.
231. STERN D N et al. (1984) Affect attunement. Social perceptions in infants. Norwood NJ: Ablex. P 249-268.
232. STERN D N (1985) The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmentl psychology. NY: Basic books.
233. STERN D. (1993) L'enveloppe prénarrative. Vers une unité fondamentale d'expérience permettant d'explorer la réalité psychique du bébé. J. Psychanal de l'enfant. 14. La naissance de la pensée, processus de pensée. Colloque de Monaco. Paris: Gallimard. P 13-90.
234. STERN D N (2004). "The intersubjective matrix" in: STERN D N (2004) The present moment NY: W W Norton. P 75-96.
235. STERN D (2004). The present moment. NY: Basic books.
236. STEWART T M., (2004) Light on body image treatment. Behavioral Modification 26:6: 783-811.
237. STIERLIN H., & WEBER G. (1989) Related individuation . Unlocking the family door. NY: Brunner-Mazel. P 19-22.
238. STONE L. (1961) The psychoanalytic situation. NY: IUP.
239. STONE L. (1967). The psychoanalytic situation and the transference: poscript to an early communication. J.Am.Psychanal. Ass. 15 : 3-58.
240. STROBER M et als (2000) Controled family study of anorexia and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. Am. J Psych. 157: 393-401.
241. Stunkard A.J., (1959) Eating patterns and obesity. Psychiatric Quart. 33, 284-295.
242. SUAREZ M AA ., BARRIGUETE M J.A., MALDONADO-DURAN M. 2004. Trastornos de la Conducta Alimentaria. PAC Psiquiatría – 5. Libro 1. México: APM-Intersistemas. P 47.
243. SUAREZ M AA ., BARRIGUETE M J.A.LEWINSHON M. "Trastornos de la conducta alimentaria en varones". En: SUAREZ M AA ., BARRIGUETE M J.A., MALDONADO-DURAN M. 2004. Trastornos de la Conducta Alimentaria. PAC Psiquiatría – 5. Libro 1. México: APM-Intersistemas. P 22-25.
244. SULLIVAN, V., TERRIS, C. (2001). Contemplating the Stages of Change Measures for Eating Disorders. European Eating Disorders Review. 9, 287-291.
245. SUZUKI, T. (1994) Image Parentale des Troubles de la Conduite Alimentaire: par l'Instrument de Liaison Parentale. Jpn J Psychiatry Neurol (48) : 755-771. CAVA, G. et. al. (2003). Anorexia nerviosa. Madrid: Ariel.
246. SUZUKI, K., TAKEDA, A. Y MATSUSHITA, S. (1995). Coprevalence of bulimia with alcohol abuse and smoking among Japanese male and female high school students. Addiction, 90, 971-975.
247. SWIFT. A. Revisiting Bruch. In: Johnson (Ed). Psychodynamic treatment of ED.
248. SZMUCKLER, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Psychiatric Research, 19, 143-153.

249. TARACHOW S. (1963). An introduction of psychotherapy. NT: IUP.
250. TAYLOR GJ. (1994). The alexithymia construct. *New trenes in experimental and clinical psychiatry*. X (2): 61-74.
251. TORO, J., SALAMERO, M., & MARTÍNEZ, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape modelo in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
252. TORO J (2003). Actividad deportiva y anorexia nervosa. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel. P 281-288.
253. TORO J (2004). Actividad física. En: Toro J. *Riesgo y causa de la anorexia nervosa*. Barcelona: Ariel.
254. TREASURE J.L., KATZMAN M., SCHMIDT U., TROOP N., TODD G., & DE SILVA P. (1999): Engagement and outcome therapy in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behavior Research and Therapy*, 37, 405-418.
255. TREASURE J (2003). Etiología de los trastornos de la alimentación. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel. P 61-62.
256. TURNBULL S., et a (1996) "The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database" *Br.J.Psychiatry*. 169 (6): 705-712.
257. UNIKEL, C. Y GÓMEZ PERESMITRÉ, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología.*, 16, 121-126.
258. UNIKEL C. et als. Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. *Rev. Inv. Clínica*. 2000. 52 (2): 140-147.
259. VANDERLINDEN J., VANDEREYCKEN W., VAN DICK R., VERTOMMEN H (1993). Dissociative experience and trauma in ED. *Int. J. Eat. Disord*, 13: 187-194.
260. VANDERLINDEN J., VANDEREYCKEN W. (1997). Trauma, dissociation and impulse discontrol in ED. NY: Taylor & Francis.
261. VANDERLINDEN J., VANDEREYCKEN W., PIETERS G., PROBST M (2003). Relacion entre las experiencias traumáticas y los TCA: estado actual. En: En: Rojo L, Cava. *La Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel. P 167-190.
262. VÁZQUEZ, A. R. ÁLVAREZ, R. G. & MANCILLA, D. J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales CIMEC, en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
263. VISSET 1990. *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.
264. WADE TD., BULIK CM., NEALE M & KENDLER KS.(2000) Anorexia Nervosa and major depression: An examination of shared genetic and environmental risk factors. *Am. J Psych*. 157, 469-471.
265. WALTERS EE, KENDEL KS (1995) "Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample" *Am. J. Psychiatry*. 152 (1) 64-71.
266. WARD, A., TROOP, N., TODD, G., & TREASURE, J. (1996). To change or not to change – 'How' is the question?. *British Journal Medical Psychology*. 69, 139-146.
267. WARD, A., RAMSAY R., TURNBULL S et al. (2001) The adult attachment interview in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *Br. J. Med. Psychol.*, 74: 497-505.
268. WALSH T., SATIR DA (2005). Classification of ed 2002-2003. En: Wonderlich S., Mitchell J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 155-164.

-
269. WEBOURNE & PURGOLD (1984). The eaten sickness –anorexia, bulimia and the Mit. Of suicide by slimming. Brighton: Harvest Press.
270. WHO (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO.
271. WINNICOTT D.W. (1951) Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychanal.* 34:
272. WINNICOTT D.W. (1960) La théorie de la relation parent-nourrisson. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot. P 371.
273. WINNICOTT D.W. (1969) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
274. WINNICOTT D.W. (1971) *Playing and reality*. London: Tavistock publications.
275. WINOCUR J (1990). Nutrition therapy. In; Kaplan. *A day hospital group treatment*. NY: Brunner Mazel. 128-138.
276. WEBOURNE & PURGOLD (1984). The eaten sickness –anorexia, bulimia and the Mit. Of suicide by slimming. Brighton: Harvest Press.
277. WILSON, G.T.; SCHLAM T.R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 24: 361-378
278. YEOMAS, SELTZER & CLARKIN JF (1992). *Treating the borderline patient. A contract based approach*. NY: Basic Books.
279. YOURCENAR M (1958). *Memoires d'Hadrien*. Collection Folio. Paris: Gallimard. 1974: P 30.
280. YOURCENAR M. Citada por LOAEZA G. (2005) *Reforma*. 13 de febrero. 2005. *El Ángel* N°. 561. P 2.
281. ZEANA C.H. (1993) *Handbook of Infant Mental Health*. NY: Guilford Press.
282. SELTZER E.R. (1956). Current concepts of transference. *Int.J. Psychanal.* 37 : 369-76.
283. ZUCKERMAN B., BROWN E.R. "Maternal substance abuse and infant development". En: ZEANA C.H. (Ed) *Handbook of Infant Mental Health*. NY: Guilford Press. P 143-158.

AUTORES

1. Especialista Trastornos de la Conducta Alimentaria, Dpto. Neurología y Psiquiatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Chairman y Fellow Hispano Latino American Chapter Academy for Eating Disorders EU. Miembro de la ED Research Society. Presidente Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP, Director Bio-Clinique. Profesor invitado Universidad A de Morelos y Universidad Iberoamericana (MX), Universidad París XIII (FR), Universidad de Valencia e Int. Méndez Pelayo (ES). barriguete@quetzal.innsz.mx ,
3. NASSER M., KATZMAN M (1999). “ED: transcultural perspectiva inform prevention”. In: Piran N, Levine, M.P., Steiner-Adair C Preventing ED NY: Brunner Mazel. 26-43. Profesor de psiquiatría Universidad de Valencia España.
4. Por regresión.
5. Por la organización mental.
6. A rededor del mecanismo mental de la escisión.
7. Profesor de psiquiatría Ciudad Real España.
8. Nos referimos a nivel de funcionamiento mental siguiendo las propuestas de O-Kernberg (1989) de alto nivel cuando su funcionamiento mental gira alrededor de la represión y de bajo nivel cuando lo es alrededor de la escisión.
9. DSM-IV-TR 2000 (P, 45)
10. Pediatra, especialista en TCA, miembro AED, Directora de la clínica “comenzar de nuevo” MTY. NL. evatrujillo_simemty@prodigy.net.mx
11. Pediatra, Co-Chairman Capítulo Hispano AED, director Laurate Tulso OK. EUA. obermudez@laureate.com

**TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
PROTOCOLO CLÍNICO**

Se terminó de imprimir y encuadernar en 2011 en Pressprinting S.A. de C.V.
La edición consta de 1,000 ejemplares