
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2017

Volumen 28, Número 1

Scott Crow, Editor en Jefe

Psicoterapia psicodinámica feminista, Parte 2

Una perspectiva desde la práctica

El aceptar los "objetos malos".

Por Kathryn J. Zerbe, MD

Las manifestaciones de la compulsión a repetir lo que ha sido dañino, se observa clínicamente en el intento de nuestro paciente de auto-regularse, de recurrir a sus síntomas del trastorno alimentario u otras formas de auto-dañarse, a pesar de las muchas opciones terapéuticas sugeridas y el deseo consciente de él por detenerse. Las relaciones interpersonales importantes también se pueden descarrilar cuando aquellos que quieren ser solidarios o comprensivos, son experimentados como infligiendo dolor y pueden surgir rápidamente como "objetos malos" para nuestro paciente. Simplemente, sabiendo que los clínicos somos, a menudo, colocados en el papel de "objeto malo", poseyendo nuestra propia tendencia a querer esquivar esta experiencia, abrazando nuestras imperfecciones y reconociendo los "objetos malos", como todas las personas, que llevamos dentro, son los primeros pasos para ayudar a nuestros pacientes a llegar a términos más amistosos con sus propios "objetos malos". Solo muy lentamente, estos "objetos malos"- que internamente persiguen a nuestro paciente- disminuyen en forma de manifestaciones sintomáticas e interpersonales, ya que a menudo son patrones de toda la vida.

Sin embargo, la psicoterapia psicodinámica feminista no se detiene aquí. Es decir, el objetivo crucial de identificar y poseer auto-estados separados y objetos malos que causan tal estrago en vivir la vida al máximo, es solo el comienzo de aliviar la angustia interior y las tensiones corporales causadas por tales fuerzas insidiosas. Los estudios de casos clínicos demuestran con qué frecuencia las rupturas o derrumbes en el proceso terapéutico son provocadas por estas entidades patológicas. El paciente es asistido por el trabajo repetido sobre la defensa común de proyectar y depositar los objetos malos en otros. Un alivio temporal de la angustia ocurre cuando uno puede depositar psicológicamente ese sentimiento en otro, pero también hay consecuencias. La persona, quien está sujeta a proyecciones negativas enérgicas puede enfadarse, asediar, confundirse o simplemente desgastarse por lo que se experimenta como un ataque personal. Una relación importante, se puede, entonces, romperse fácilmente.^{7,8}

Cuando este proceso sucede en un procedimiento de psicoterapia bien establecido, existe la oportunidad de captar la ruptura tal como está sucediendo o un poco después, intentando frenarla y observar así, lo que ha ocurrido. Este paso no solo preserva la relación terapéutica sino que sirve como una demostración "in vivo" de lo que a menudo ocurre en las relaciones fuera del entorno de la oficina. El terapeuta es dueño de su propia parte de lo que puede haber causado la ruptura, en esencia siendo ser humano, real, así como el reconocimiento de mis desentonamientos, ayuda a reparar la ruptura terapéutica. Trabajar a través del "Ciclo Interrupción-Reparación", una y otra vez, está demostrado tener efectos sólidos en la psicoterapia.

Curiosamente, la investigación en el “Ciclo Interrupción-Reparación” en la terapia se deriva de los estudios de las díadas cuidadores/infantes⁹ ¿Qué es más feminista en el ámbito que tomar en serio nuestros primeros vínculos y su influencia de por vida en nuestras vidas? Los psicoterapeutas que practican con una orientación feminista, siempre han prestado especial atención al papel de la madre en el fomento del desarrollo y la regulación de la autonomía, así como la dependencia. Los investigadores infantiles han concluido que las múltiples y diminutas interrupciones que ocurren entre la madre y su hijo, así como la reparación adecuada que ocurre en milisegundos entre ellos, preparan el terreno para una mayor resiliencia y crecimiento. En el tratamiento de los problemas alimentarios, el simple conocimiento de la psicoterapia estará cargado de interrupciones porque el paciente puede guardar secretos, moverse lentamente, no seguir consejos o actuar de manera autodestructiva y además el terapeuta puede estar desprevenido, tiene sus defectos e inadvertidamente puede hacer errores de comisión u omisión, lo que sugiere que la necesidad de reparar la interrupción sea esencial para moverse hacia adelante.

Acogiendo lo peor y lo preocupante.

Literalmente, cientos de artículos de investigación resumidos en *EDR* en las últimas décadas han puesto de relieve la lucha de la persona con un trastorno alimentario para reconocer, nombrar, regular y aceptar un acuerdo con la expresión de afecto en el tratamiento. Estos artículos han ofrecido herramientas concretas y de vanguardia para ayudar a los clínicos en esta empresa. Detrás del objetivo de mejorar la expresión afectiva, reside una formulación psicodinámica subyacente de que los trastornos alimentarios son, en sí mismos, intentos de regular los sentimientos que no fueron expresados, procesados o adecuadamente “sostenidos” dentro del ambiente familiar o cultural.

La psicoterapia psicodinámica feminista lleva este concepto un paso más allá al privilegiar las comunicaciones, las cuales incluyen “las pasiones desagradables” como la ira, el miedo, la frustración, la envidia, la traición, el luto, la codicia, el apetito, la privación y la rabia.¹⁰ La tarea cotidiana de un psicoterapeuta psicodinámico feminista es ayudar a los pacientes a revelar y a poseer sus estados afectivos dolorosos, es decir, en esencia negándose a coludirse con tragarse su propia individualidad para el consuelo del otro.

Muchos clínicos jóvenes, quienes tratan a los trastornos alimentarios con técnicas manuales, las cuales aprendieron durante su residencia o su formación de posgrado, a menudo son sorprendidos en los talleres para aprender cómo los conceptos psicodinámicos feministas se superponen con lo que ya están haciendo o que sin saberlo, han incorporado una técnica que han tomado por sentada en su práctica. Patricia Gherovici¹¹, una psicoanalista feminista, quien tiene su práctica tanto en París como en Filadelfia, describe cómo los síntomas bulímicos ayudaron a uno de sus pacientes a manejar una ansiedad severa y para neutralizar los estados de sentimientos miserables, así como abrumadoras necesidades humanas antes de que ella pudiera individualizar y restringir adecuadamente el ciclo de atracones/purga. Como muchas de nuestras pacientes, otros síntomas psiquiátricos fueron remitidos mientras que los problemas alimentarios no se movieron hasta que la paciente encontró nuevas formas de transformar las pasiones desagradables en actividades más saludables (por ejemplo, cocinar), así como diferenciar sus deseos personales de aquellos impuestos por otros de su propia cultura o familia de origen.

Habitar las habitaciones de uno mismo

Las investigaciones sobre el apego, estudios de neurobiología, observaciones de la práctica meditativa y los descubrimientos de la biología evolutiva, ahora tienen pruebas científicas muy bien ganadas, las cuales refuerzan la práctica psicoterapéutica para valorar el espacio privado que promueve la reflexión, la creatividad y la salud personal para hombres y mujeres. Pensadores feministas han opinado durante décadas, que la propia subjetividad puede ser aprovechada solo por un equilibrio entre lo que uno aprende dentro de un grupo o con otros (apropiándose del término de origen indígena norteamericano de “círculo parlante”) y la práctica individual de la búsqueda de descanso (tener una habitación propia) Más

recientemente, la historiadora feminista Omnia El Shakry¹² ha traído la atención del mundo a las contribuciones de los intelectuales árabes del siglo pasado, quienes trataron de entretener las prácticas espirituales establecidas desde hace mucho tiempo, con las ideas psicoterapéuticas freudianas. Una afirmación en la obra de El Shakry es la confluencia en ambas tradiciones- aparentemente divergentes- de la necesidad humana de un tiempo contemplativo. Honrar este requisito de tiempo y espacio personal- esencialmente ocupando habitaciones propias- nos permite reflexionar, pensar y eventualmente integrar objetivos espirituales, sociales y psicológicos para una mayor realización en la vida.

Con los pacientes con un trastorno alimentario, los clínicos se han apropiado de este enfoque y lo llaman con muchos nombres nuevos (por ejemplo, mentalización; función reflexiva primaria; autorregulación; entrenamiento muscular emocional) los cuales, en realidad tienen raíces profundas y antiguas. Para el psicoterapeuta psicodinámico feminista, la hora del tratamiento es un lugar esencial, pero insuficiente, donde el individuo experimenta- con seguridad- la empatía por sí mismo y por los demás, a donde lleva la desgracia y el trauma, así como, finalmente trascienden los síntomas del trastorno alimentario al encontrar un nuevo propósito y significado en la vida. El paciente debe continuar su odisea personal experimentando consuelo y soledad en sus propias habitaciones. No es de extrañar que muchas tradiciones terapéuticas convergen en curso. Todos comparten el mismo objetivo, mejorar el funcionamiento de la autorregulación, en la búsqueda de una mayor vitalidad y perspicacia para tomar decisiones y así, apropiarse de ellas.

Conclusión: Evolución y transformación de la psicoterapia psicodinámica

Los académicos y psicoterapeutas tanto occidentales como no occidentales están aumentando y transformando las maneras en que se practica la psicoterapia psicodinámica feminista. Estas voces estarán cada vez más integradas en el tratamiento de los trastornos alimentarios, ya que enfatizan las de la subjetividad, la auto creación, la ética y la responsabilidad cultural, las cuales se apagan cuando los problemas al comer y de imagen se apoderan de una vida individual.

El papel del terapeuta, como testigo, permanecerá centrado, independientemente de los ajustes y ampliaciones de la teoría feminista y sus contribuciones multidisciplinarias. Tal como una sabia paciente con anorexia resumió a la mitad de sus muchos años en psicoterapia psicodinámica feminista: "Cuando, finalmente, te das cuenta de que estás en la lucha de tu vida, es de gran ayuda que tengas a alguien allí para escucharte, de oído a oído. No sólo me ayudaste a "sostener y procesar" mis emociones como tú dices. También me ayudas a escuchar esos pensamientos que realmente me estoy diciendo a mí misma".

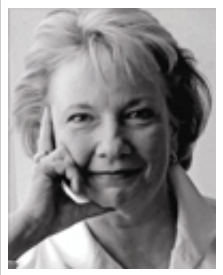
Referencias.

1. Steinem G. (May 8, 2016). Interview. *New York Times*.
2. Steinem G. *Revolution from Within: A Book about Self Esteem*. New York: Open Road, 1992.
3. Steinem G. *My Life on the Road*. New York: Random House, 2015.
4. Lichtenberg J, Lachmann F, Fossage J. *A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2002.
5. Hamayounpour G. *Doing Psychoanalysis in Tehran*. Cambridge, MA: MIT Press, 2012.
6. Benjamin J. Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*. 2004; 73: 5.
7. Benjamin J. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon Books, 1988.
8. Benjamin J. *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge, 1998.
9. Beebe B, Lachmann, FM. *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. New

York: Analytic Press.

10. Burack C. *The Problem of the Passions: Feminism, Psychoanalysis, and Social Theory*. New York: New York University Press, 1994.
11. Gherovici P. Bulimia (Chapter 7). In *Lacan and Addiction: An Anthology*. Baldwin YG, Malone K, Svolos T (Eds). London: Karnac, 2011, pp 93 - 110).
12. El Shakry O. The Arabic Freud: The Unconscious and the Modern Subject. *Modern IntellectualHistory*. 2014; 11: 89.

La Autora



Kathryn J. Zerbe, MD, ha sido miembro del Consejo Editorial de *EDR* por largo tiempo, tiene una práctica privada en Portland, OR. Es catedrática de Psiquiatría en la Universidad de Salud y Ciencia de Oregón, así como Analista de formación y supervisión en el Centro Psicoanalítico de Oregón; y en el Instituto de Psicoanálisis, Los ángeles. La Dra. Zerbe es la autora de numerosos artículos y libros, incluyendo *The Body Betrayed* y *Integrated Treatment of Eating Disorders: Beyond the body betrayed*.

ACTUALIZACIÓN: Arrojando una nueva luz en los trastornos alimentarios en la mediana edad.

Incluso los investigadores se sorprendieron cuando su estudio de 5,655 mujeres entre los 40 o 50 años de edad reveló que más del 15 % de ellas cumplían con los criterios de un trastorno alimentario de por vida. Otra sorpresa: 3.6% de las mujeres reportaron que el diagnóstico de su trastorno alimentario había sido dentro del último año. Las participantes fueron extraídas de estudio del Reino Unido, Avon Longitudinal Study of Parents and Children, el cual se trata de una investigación prospectiva de mujeres embarazadas, quienes esperaban dar a luz o nacimiento a sus bebés entre Abril 1, 1991 y Diciembre 31, 1992. Este fue el primer estudio sobre la prevalencia, los factores de riesgo y el uso del servicio de salud para mujeres de mediana edad con trastornos alimentarios. También es el primer estudio en investigar la infancia y los factores de riesgo de la personalidad para un completo diagnóstico del umbral y sub-umbral para los trastornos alimentarios. Nadia Micali, MD, PhD y sus colegas del Eating and Weight Disorders Program en el Hospital Mt. Sinai, Nueva York, informaron que el número de mujeres que tuvieron un trastorno alimentario en el pasado fue ligeramente superior a lo previsto y algunas de ellas, habían sido diagnosticadas con un trastorno alimentario en la mediana edad. El abuso sexual infantil se asoció potencialmente con todos los trastornos del tipo atracón/ purga, así como un locus externo de control se asoció con el trastorno por atracón. Un mejor cuidado maternal fue protector para una bulimia nervosa. Eventos de la vida en la infancia y una sensibilidad interpersonal se asociaron con todos los trastornos alimentarios. El estudio fue primeramente publicado online el 17 de enero 2017, en *BMC Medicine*, una revista de acceso público.

¿Qué tan común es un trastorno por atracón en los Estados Unidos?

El cambio de la definición aumentó la prevalencia en cerca de un 30%.

El trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés, TA en español) fue descrito por primera vez por el

fallecido Dr. Albert J. Stunkard en 1959, pero no fue declarado oficialmente como un trastorno alimentario hasta 2013, cuando fue incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Los criterios del *DSM-5* para el TA difiere de las primeras definiciones, como aquellas en el *DSM-IV-TR*, por la disminución del requisito de frecuencia para los episodios de atracón de dos veces a la semana a solo una vez, así como la reducción de 6 a 3 meses. Ambos, la inclusión de TA, así como el cambio en los criterios específicos pueden servir para el propósito del comité de "reducir TANE".

Nichole Crossrow, MPH, PhD y un equipo de investigadores diseñaron un estudio comparativo entre las dos definiciones de TA del *DSM*, en parte para saber si la modificación en los criterios, en la frecuencia y la duración de verdad hace un cambio en la prevalencia de TA. Los autores observaron que aunque los estudios han evaluado las implicaciones de los nuevos criterios *DSM* para TA, ninguna encuesta a larga escala ha usado todavía, el nuevo criterio de diagnóstico "para evaluar la prevalencia o para dibujar un perfil demográfico o clínico de las personas afectadas". El equipo diseñó un estudio comparativo de los criterios del *DSM-IV-TR* y *DSM-5* utilizando una gran muestra de la comunidad norteamericana (*J Clin Psychiatry*. 2016; 77:8)

Para estimar mejor la prevalencia, los autores utilizaron una encuesta en Internet para analizar una muestra representativa de los adultos norteamericanos, quienes participaron en la National Health and Wellness Survey entre 2012 ó 2013. Esta auto administrada encuesta en Internet a nivel nacional es completada, aproximadamente, por 75, 000 adultos cada año. Los 22, 397 de los encuestados respondieron a la encuesta de los autores (un 32% respondió a sus avisos por correo electrónico) proporcionó información demográfica, acerca de síntomas psiquiátricos y características psicológicas. A todos los encuestados les fue preguntado si habían sido diagnosticados por alguna de las varias condiciones psiquiátricas o médicas, tales como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), ansiedad, depresión o un desorden bipolar. Las respuestas a las preguntas que representaban los síntomas de TA, tanto del *DSM-5* o del *DSM-IV-TR* fueron usadas para evaluar si los individuos cumplieron con los criterios diagnósticos de TA a través marcos temporales de 3, 12 meses o "nunca". Esta información fue utilizada para estimar la prevalencia respectiva, con una excepción: la definición de *DSM-IV-TR* para TA delinea un criterio de duración de 6 meses. También los encuestadores completaron una serie de cuestionarios, los cuales evaluaban la auto estima, un trastorno de depresivo mayor, un desorden del ánimo y síntomas de ADHD.

La prevalencia de TA se estimó más alta utilizando el criterio de *DSM-5*

Los autores reportaron que una prevalencia de TA de 12 meses o de por vida estimada por el criterio de *DSM-5* (1.64% contra 2.03%, respectivamente) fue más alta que la estimada con el criterio de *DSM-IV-TR* (1.15% y 1.5% respectivamente) Las diferencias fueron, particularmente, marcadas entre los hombres. Y, de los participantes de la encuesta, quienes reunieron los criterios de *DSM-5* para TA, solo un pequeño porcentaje- 3.2%- nunca recibió un diagnóstico formal para TA, por parte de un profesional de salud. Aquellos que tuvieron un diagnóstico de *DSM-5* de TA, también fueron significativamente más propensos a reportar tener depresión de por vida, ansiedad y ADHD, de aquellos encuestados que no coincidieron con los criterios de diagnóstico para TA (después de controlar la edad, el sexo y el índice de masa corporal)

Comparado con los encuestados que no cumplieron con los criterios de TA, aquellos que coincidieron con el criterio de *DSM-5* para TA, fueron más jóvenes, así como que tuvieron un mayor índice de masa corporal y más baja auto-estima.

El estudio tuvo una serie de fortalezas y limitaciones. La principal fortaleza del estudio es que incluye una gran muestra representativa de adultos norteamericanos de diferentes edades, géneros y raza/grupos étnicos. Una de las limitaciones fue que todos los datos de la encuesta fueron auto-reportados y el

diagnóstico de TA no pudo ser clínicamente confirmado.

De acuerdo con los autores, cambiar los criterios para TA incrementó la prevalencia oficial en los Estados Unidos en cerca de un 30%. Algo particularmente sorprendente fue que los proveedores de salud identificaron solo un 3.2% de los pacientes con TA. Claramente, tenemos largo camino por recorrer para educar a los proveedores de salud acerca de TA.

Identificar de las distorsiones de la imagen corporal.

Dos estudios demuestran cómo las percepciones individuales pueden ser alteradas.

Problemas con la percepción corporal están entre las manifestaciones más llamativas de la anorexia nervosa (AN) En dos estudios recientes, investigadores en Australia y en los Estados Unidos utilizaron diferentes enfoques para determinar los orígenes de la imagen corporal distorsionada entre los pacientes con AN.

Adaptaciones visuales después de la exposición.

El Dr. Kevin R. Brooks y sus colegas en la Universidad Macquarie, Sydney, Australia, diseñaron un estudio único para evaluar el efecto de imágenes manipuladas a un grupo de estudiantes femeninas universitarias (*Frontiers in Neuroscience* 2016; doi:10.3389/fnins.2016.00334) Este es uno de los pocos estudios diseñados para explorar cómo los mecanismos neurales afectan la percepción corporal.

El grupo del Dr. Brooks eligió a 24 estudiantes femeninas universitarias caucásicas de psicología para el experimento. Primero, fueron sacadas fotos digitales de cuerpo completo de cada participante. Las mujeres fueron fotografiadas mientras permanecían de pie, llevando shorts de bicicleta y un top ajustado, con los pies separados al nivel de los hombros y los brazos rectos a los lados. Después, las fotos originales fueron manipuladas por Adobe Photoshop para producir 7 imágenes finales que representaban a los sujetos desde -30% a +30% del tamaño original. El peso y la estatura de cada participante fueron registrados para establecer el índice de masa corporal (IMC, kg/m²)

En seguida, a cada estudiante le fue mostrada una fotografía de la cara de otro individuo, cuyo IMC y edad coincidía con la de ella. Cada participante fue entonces cuestionada para ver si pensaba que el individuo en la imagen era más grande o más pequeño que las imágenes no manipuladas en una etapa anterior al experimento. Mirar las imágenes digitalmente manipuladas, durante menos de 1 minuto, fue suficiente para cambiar la percepción de las vistas después. Por ejemplo, después de que una estudiante miró las imágenes que se habían manipulado para hacer que una persona pareciera más delgada, una persona en imágenes no-manipuladas parecían más pesadas de lo normal.

Diferencias neurales en la auto-percepción durante y después de la recuperación del peso.

En poblaciones saludables, varias áreas del cerebro, incluyendo la corteza prefrontal medial, la cíngula posterior y la unión parietal temporal, están conectadas a la auto-percepción y la evaluación. Se cree que las activaciones neurales durante la autopercepción se alteran en un paciente con AN (*J Science and Neuroscience* 2014; 39:178) pero, ¿este factor se normaliza con la recuperación o las activaciones neurales persisten?

Para responder a esta pregunta, la Dra. Carrie J. McAdams y sus colegas analizaron las vías neurales que teorizaron sobre la autopercepción afectada durante la enfermedad y después de la recuperación del peso

entre las mujeres con AN (*Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2016; 1825-1851) La Dra. McAdams y sus colegas usaron la Social Identity V2 task (McAdams y Krawak, 2014) y Faces task para evaluar tres grupos: 19 mujeres sanas, 22 con AN y 18 en recuperación de peso a largo plazo después de AN. La Social Identity Tasks involucra al sujeto en diferentes interacciones con imágenes de sí mismos, de amigos e imágenes reflejadas personalizadas con el nombre de una amiga. Después, los sujetos respondieron a 48 afirmaciones relacionadas con las interacciones sociales, presentadas tres veces. En el Faces task, cada sujeto vio 15 imágenes de su rostro y 15, de un extraño. Las imágenes del extraño coincidían estrechamente con las del sujeto, excepto que la cabeza estaba inclinada de manera diferente. Tanto los pacientes enfermos como aquellos con una recuperación de peso tuvieron una activación de la corteza prefrontal medial, significativamente diferente en comparación con los controles. Por otro lado, en comparación con los controles, aquellos con AN tuvieron un rendimiento diferente en el Faces task. De la misma manera, las reacciones fueron muy similares entre aquellas con peso restaurado y los controles.

Por lo tanto, una recuperación de peso exitosa para AN parece estar asociada con algunos aspectos de la autopercepción, pero no con otros. Mucho más necesita ser aprendido, pero ambos estudios añaden esperanza a posibles formas de comprender mejor las complejidades y el tratamiento de los pacientes con AN.

El efecto del aumento/ la restauración del peso sobre la densidad mineral ósea en la AN

La disminución de la densidad ósea es una complicación común que requiere una investigación mucho más exhaustiva.

La disminución de la densidad mineral ósea (BMD, por sus siglas en inglés y DMO en español) es una complicación médica común de la anorexia nervosa (AN) Dado que ésta comienza con frecuencia en la adolescencia, causando pérdida de minerales óseos en un momento en que DMO normalmente aumenta rápidamente, las implicaciones a largo plazo son significativas.

El Dr. Marwan El Ghoch, experto en salud ósea y trastornos alimentarios, junto con sus colegas realizaron recientemente una revisión sistemática de la asociación que existe entre un aumento de peso/ la restauración del mismo y la DMO entre adolescentes con AN (*Nutrients*. 2016; 8: 769) Mediante este estudio observaron que casi el 85% de las mujeres con AN tienen una DMO muy baja y un riesgo 7 veces mayor de sufrir fracturas espontáneas en comparación con los controles sanos, por lo que el Dr. El Ghoch y su equipo llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura de la asociación entre el aumento de peso/ la restauración del mismo con DMO en adolescentes con AN.

Sólo 19 de los 1156 artículos que los autores revisaron inicialmente, cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. Además, una revisión de estos estudios produjo solo dos conclusiones claras. En primer lugar, la restauración del peso se asoció con la estabilización de la DMO en 6 de los 8 adolescentes con AN, después de un año. En segundo lugar, 7 de los estudios, con periodos de seguimiento de más de un año, mostraron la misma tendencia de estabilización de la DMO, seguida de mejoras significativas en ésta. Solo un estudio encontró que la mejorada DMO se puede lograr 30 meses después de la restauración del peso. Finalmente, un único estudio demostró que los varones adolescentes con AN, quienes permanecen bajos de peso, pueden tener una pérdida continua de la DMO.

Los autores advierten que estos resultados, aparentemente alentadores, deben ser vistos a la luz del hecho de que la restauración del peso, se logró solo en 9 de los 19 estudios. Los estudios también ofrecieron definiciones variadas de puntos de corte del peso normal; por ejemplo, los puntos de corte

variaban de 17.5 kg/m² a más de 19 kg/m² y 15 de los estudios no estaban controlados. Ninguno de los estudios tuvo en cuenta la tasa de aumento de peso o comportamientos específicos de un trastorno alimentario que podría haber tenido un efecto sobre la ganancia de DMO y la restauración el peso.

Todavía son necesarias: directrices para el manejo de la pérdida ósea en adolescentes.

Esto representa un gran contenido del trabajo, pero los autores señalan que se necesita de mucho más investigación. Por ejemplo, existe la necesidad de una total claridad sobre la extensión de la reparación del hueso, la cual puede ocurrir con la restauración del peso. Y, cuando la DMO no se restaura adecuadamente con el aumento del peso, se necesita de un tratamiento apropiado. Por último, mucha más investigación puede ayudar a aclarar cómo los descubrimientos existentes sobre el aumento del peso y la salud ósea se pudieran aplicar a los varones adolescentes con AN.

Ayuda para pacientes que simplemente no se pueden recuperar.

Un estudio sueco aplica el enfoque de manejo de casos para los trastornos alimentarios duraderos.

Algunos pacientes con un severo trastorno alimentario sólo no mejoran, a pesar del largo tiempo de tratamiento y pueden continuar desarrollándolo de manera severa y duradera (SEED, por sus siglas en inglés) Un centro de trastornos alimentarios en Estocolmo está actualmente probando un sistema de manejo de casos para ayudar a estos pacientes (*J Eat Disord.* 2016; 4:24)

En 2014, el Centro de Trastornos Alimentarios de Estocolmo, en el Instituto Karolinska, diseñó una nueva unidad de tratamiento, Eira, especialmente diseñado para pacientes SEED. Un equipo del Instituto Karolinska, describió recientemente, su estudio en curso para investigar si un enfoque individualizado del programa de manejo de casos podría mejorar la calidad de vida de los pacientes con SEED, ayudar a controlar sus costos de atención médica, reducir los síntomas del trastorno alimentario, así como mejorar el acceso y el uso voluntario de la atención médica disponible.

Los pacientes que son candidatos para el manejo de casos, con frecuencia están gravemente enfermos y angustiados debido a la tensión física y financiera, así como problemas sociales combinados con ansiedad, depresión y comportamientos compulsivos. Irónicamente, algunos pacientes SEED parecen estar bien, por lo que son ambivalentes con respecto al tratamiento. Para algunos clínicos, un paciente que lo "ha tratado todo" sin un resultado positivo pueden parecer "desmotivados" y posteriormente, rechazados para tratamiento.

El sistema de manejo de casos.

En el pasado, los enfoques de manejo de casos han sido dirigidos a pacientes adultos con severas discapacidades mentales tales como: la esquizofrenia, severos desórdenes adictivos y psicosis. El método de manejo de casos, ofrece un cuidado individualizado, el cual puede durar desde algunos meses hasta varios años, así como que no hay un tiempo límite para la intervención.

La unidad Eira acepta pacientes, quienes han tenido un trastorno alimentario por al menos, 10 años y han fracasado en tres programas de tratamiento. Todos los pacientes se someten a una entrevista diagnóstica semi-estructurada, una entrevista cualitativa, para después completar varios cuestionarios de autoevaluación. Datos de los registros médicos también son recolectados. El programa está diseñado para que la entrevista de diagnóstica y las autoevaluaciones se realicen en los correspondientes seguimientos después de 1,2 y 3 años en el programa.

El programa puede manejar hasta 30 pacientes de manera simultánea. La actividad principal involucra un contacto clínico con un gestor de casos, a través de conversaciones de apoyo. Dicho gestor de casos, también tiene un papel en el tratamiento, por ejemplo, proporcionando entrenamiento social, maneras para el control de síntomas y apoyo familiar. De acuerdo a los autores, las necesidades y referencias individuales de cada paciente determinan la frecuencia, el entorno y la forma de las reuniones. Con el consentimiento del paciente, los familiares son invitados a participar en la intervención y conferencias especiales para los miembros de la familia (sin el paciente) se ofrecen dos veces al año. De acuerdo con los autores, los resultados clínicos y la rentabilidad serán cuidadosamente analizadas al finalizar el actual estudio.

Los autores también señalan que el programa ofrece una alternativa al tratamiento más tradicional, cuyo objetivo es reducir los síntomas del paciente; en cambio, el enfoque de manejo de casos prioriza la función y calidad de vida. Será de un gran interés ver el final de los resultados de este estudio.

El abuso infantil y el desarrollo de los trastornos alimentarios.

El tipo de abuso tuvo efectos posteriores sobre los trastornos individuales.

Una historia de trauma durante la infancia es más común entre los pacientes con trastornos alimentarios que entre la población en general y esta relación ha sido ampliamente estudiada. Resultados de un estudio reciente en la Universidad de Montpellier, al sur de Francia, agrega información nueva sobre el abuso temprano y su efecto en los trastornos alimentarios (*Scientific Reports*; published online before print, doi: 10:1038/srep35761)

El Dr. S. Guillaume y sus colegas reportaron que mientras muchos de los estudios del abuso infantil se enfocan sobre el abuso sexual y físico, muy pocos han examinado los efectos del abuso emocional y negligencia durante la infancia. Los resultados de los autores indicaron que síntomas más severos de un trastorno alimentario pueden estar relacionados a tipos específicos de traumas en la infancia. En su estudio, el abuso emocional durante la niñez independientemente predecía altas puntuaciones en las preocupaciones al comer, el peso y la forma según el *Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q, por sus siglas en inglés)*, junto con un funcionamiento diario pobre. En contraste, el abuso físico y sexual predijo una mayor preocupación en el *EDE-Q* por el comer.

En su estudio, los investigadores examinaron 192 pacientes femeninas adultas jóvenes consecutivamente acudían a una unidad de tratamiento ambulatorio (102 con anorexia nervosa, 64 con bulimia nervosa y 26 con un desorden por atracón) Para la evaluación clínica, los psiquiatras administraron el *EDE-Q* y el *Functioning Assessment Short Test (FAST, por sus siglas en inglés)* El FAST, un cuestionario de 24-item evalúa el deterioro o la incapacidad en 6 áreas específicas del funcionamiento: autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, problemas financieros, relaciones interpersonales y tiempo de ocio (*Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007; 3:5) El trauma infantil fue evaluado con la versión francesa del *Childhood Trauma Questionnaire*, el cual respectivamente examina, 5 tipos de traumas a través de las autoevaluaciones: abuso sexual, abuso físico, negligencia física, abuso emocional y negligencia emocional (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:340)

La depresión es la más común comorbilidad.

Las comorbilidades más comunes durante la vida, han sido los trastornos depresivos mayores (77%) y los trastornos de ansiedad (42%) Más de tres cuartos de las pacientes tenían educación universitaria y el promedio de edad fue de 25 años. Cuando se evaluó el trauma en la infancia, 42% no reportó alguno,

mientras que el 21% de los sujetos han experimentado, al menos, 3 tipos de trauma. La negligencia emocional fue la más común, reportada por un 36% de las mujeres. De un trauma moderado a severo fue más común entre pacientes con BN que entre aquellas con AN. La proporción de pacientes con un trauma físico y sexual no difirió entre los tres grupos. Sin embargo, aquellas que se encontraron tener puntuaciones altas en el *EDE-Q* restricción tenían más desordenes psiquiátricos, como graves enfermedades depresivas, desorden bipolar o un desorden de abuso de sustancias y fueron más propensos de tener un historial de por vida de intentos de suicidio que los pacientes con menores puntuaciones en restricción.

Una meta del estudio fue analizar el impacto de las comorbilidades en la relación entre el trauma durante la infancia y la subsecuente severidad de los síntomas de los trastornos alimentarios. Los autores concluyeron que no todos los subtipos de abuso tuvieron el mismo impacto entre las pacientes. En cambio, de acuerdo de los autores, diferentes tipos de abuso agravan, de forma acumulativa para exacerbar "la gravedad de una amplia gama de características de los trastornos alimentarios, incluyendo las dimensiones clínicas y neuropsicológicas, así como las funciones diarias".

Comedores adultos selectivos-quisquillosos tiene cosas en común con los pacientes ARFID.

Una encuesta en línea aclara algunas diferencias y semejanzas

Los "comedores quisquillosos" vienen en todos los tamaños, edades y géneros. Sin embargo, lo que todos ellos tienen en común, es la evitación de alimentos nuevos y familiares debido a su sabor, su olor, su textura, así como la apariencia general de la comida.

¿Cómo se difiere el comer selectivo con el trastorno de evitación/restrictiva de la ingestión de alimentos o ARFID, por sus siglas en inglés? ARFID es un trastorno alimentario definido, relativamente reciente y mientras los adultos con este nuevo trastorno alimentario tienen el mismo grado de depresión, ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos (OC) como aquellos pacientes con anorexia nervosa o bulimia nervosa, sus comportamientos alimentarios son muy diferentes. En ARFID, el comer restrictivo conduce a una pérdida de peso, a deficiencias nutricionales, a la dependencia de los suplementos nutrimentales, a una alimentación enteral y a un deterioro psicosocial, pero no se puede atribuir completamente a las preocupaciones sobre el peso, la forma o a condiciones comórbidas.

Psicólogos de la Universidad de Pensilvania, informaron recientemente los resultados del primer estudio sobre los síntomas de ARFID, secundario a la alimentación selectiva o quisquillosa, en adultos (*J Eat Disord.* 2016; 4:26) Los doctores Hana F. Zickgraf, Martin E. Franklin y Paul Rozin reclutaron a 332 sujetos usando Amazon's Mechanical Turk (MTurk, por sus siglas en inglés), un sitio web, en el cual trabajadores reciben un pequeño pago para completar encuestas en línea. Una segunda muestra de 81 adultos, quienes fueron reclutados por sus entradas a un grupo de apoyo en línea para los adultos selectivos o quisquillosos (Picky Eating Adults Support o PEAS, por sus siglas en inglés)

Para diferenciar a los comedores quisquillosos, de quienes no lo son, los autores desarrollaron un cuestionario para evaluar los principales criterios para un diagnóstico de ARFID en el *DMS-5*, adaptado del SCID para el *DMS-5* (American Psychiatric Association, 2015) Los participantes fueron divididos en 4 grupos: comedores típicos (46.6%), comedores quisquillosos o selectivos (32.8%), aquellos con actitudes alimenticias desordenadas (9.4%) y aquellos con un diagnóstico de ARFID (11.3%)

Mayores niveles de angustia y deterioro en los pacientes con ARFID.

Un hallazgo importante fue que los participantes con ARFID tuvieron una mayor angustia y deterioro que los comedores típicos y los quisquillosos sin ARFID. Un segundo descubrimiento es que los adultos quisquillosos pueden ser diferenciados de los comedores típicos y con los adultos con síntomas de AN y BN, basados en comportamientos alimentarios rígidos, en una neofobia alimentaria y a un patrón de comer de una lista de 20 o menos alimentos.

Los investigadores demostraron que los síntomas de ARFID son relativamente comunes entre los comedores adultos quisquillosos que utilizan el Internet y más común entre aquellos que usan la red para buscar apoyo. Aquellos con síntomas de ARFID tenían un deterioro relacionado con alimentación, una angustia interna, así como síntomas de TOC a niveles comparables a aquellos con actitudes alimentarias desordenadas.

Cuando los pacientes se resisten tratamiento.

Claves para motivar a los pacientes que evitan o rechazan tratamiento.

Al igual que el prisionero ficticio de Lord Byron de Chillon, algunos pacientes con trastornos alimentarios tienen "cadenas" que les impiden buscar tratamiento. Investigadores de la Universidad de Adelaida informan que "un contexto cultural de cuidado" puede desempeñar un papel importante en la decisión del paciente para evitar o rechazar el tratamiento (*J Eat Disord.* 2016; 4:36)

Del millón de personas con trastornos alimentarios en toda Australia, solo alrededor del 30% de ellos buscan tratamiento. Un movimiento hacia una práctica orientada a la recuperación y a la prestación de servicios en Australia son temas centrales de las Guías para la Práctica Clínica para tratar a los Trastornos Alimentarios del Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda. Este marco de recuperación tiene en cuenta las experiencias del paciente más allá de las típicas directrices de recuperación médica y clínica.

La Dra. Connie Musolino y sus colegas usaron observaciones, trabajo de campo etnográfico y una evaluación psicológica para estudiar a 28 mujeres con alimentación desordenada, cuya edad estaba entre los 19 y 52 años de edad, en donde el 90% de ellas cumplieron con el criterio de un trastorno alimentaria; la mayoría calificó en la categoría de Otro Trastorno Alimentario Especificado (OSFED, por sus siglas en inglés, anteriormente conocidos como TANE) y dos de ellas coincidieron con el criterio para anorexia nervosa. De estas 28 participantes, 21 completaron el EDE (*Eating Disorders Evaluation en sus siglas en inglés*) y el promedio global del EDE fue de 3.48- por lo que la gravedad fue alta.

Algunas razones para evitar el tratamiento

Se les pidió a los participantes detallar sus razones para evitar el tratamiento. Muchas de las mujeres describieron sus trastornos alimentarios como "un lugar seguro". Cuando fueron entrevistadas, las mujeres expresaron un sentimiento de seguridad y orgullo con sus trastornos, por ejemplo, usando el mismo plato para todas sus comidas, comer "alimentos seguros", así como mantener su misma rutina diaria. Para ilustrar, una mujer de 27 años, quien fue diagnosticada con TANE y AN explicó que a pesar de estar en pánico y ansiosa, la adopción de una rutina rígida, le hizo sentirse tranquila. Otros describieron a su trastorno alimentario como "un lugar seguro y familiar". Algunas lo ocultaron en un contexto cultural, recurriendo a los beneficios de ser delgado y hacer dieta. Otros afirmaron que tenían alergias alimentarias, que necesitan de dietas especiales o que eran intolerantes a una lista especial de alimentos. Entre otros, había un sentido de orgullo en el cuidado del problema por ellos mismos.

Para mantener sus patrones desordenados de alimentación, los participantes usaron altos niveles de autodisciplina, encontrando una sensación de seguridad y orgullo en negarse a comer, así como del uso

de atracones y la purga. Su definición de cuidado fue, por ejemplo, la adopción de una estricta dieta vegana para evitar la obesidad o el hambre, disminuyendo sus cuerpos para evitar la atención sexual no deseada. Estas acciones plantean obstáculos reales a la búsqueda de cualquier tratamiento que pudiera llevar a la recuperación. El entendimiento cultural de las mujeres sobre una alimentación saludable y el ejercicio, dirigido por el constante bombardeo de las imágenes culturales que promueven la salud y la autodisciplina, parece moralmente superior, haciendo del concepto mismo de recuperación aparecer como contradictorio y derrotado.

Una implicación, de acuerdo a los autores, es la importancia de trabajar para desarrollar un entendimiento compartido con los pacientes sobre la función subyacente de su propio trastorno alimentario. Esta ruta podría ayudar a evitar conflictos y proveer una vía para que los pacientes busquen y acepten tratamiento. Discutir cómo las prácticas alimentarias desordenadas están incrustadas en el autocuidado, en la salud, en el comer y en las prácticas corporales, puede mejorar la relación paciente-terapeuta.

Curiosamente, considerar a los síntomas de TCA como una perspectiva de autocuidado puede ser visto como unidos a una investigación reciente, a menudo neurobiológicamente orientada, que examina el refuerzo negativo y positivo como procesos que mantienen los síntomas del trastorno alimentario.

Reseña del libro: Pursuing Perfection: Eating Disorders, Body Myths, and Women at Midlife and Beyond

Persiguiendo la perfección: trastornos alimentarios, mitos corporales, mujeres de mediana edad y más allá.

(Por Margo Maíne, PhD y Joe Kelly. Disponible en pasta dura, E-book y edición de bolsillo, Routledge, Nueva York, NY, 2016)

Hay un creciente interés en los trastornos alimentarios que ocurren durante la mediana edad y más tarde. Un nuevo volumen de la Dra. Margo Maine, PhD, autora y clínica por largo tiempo y Joe Kelly, autor, editor y fundador de la defensa nacional sin fines de lucro de Padres e Hijas, examinan este tema a detalle.

Persiguiendo la Perfección: Trastornos alimentarios, Mitos Corporales, Mujeres de Mediana Edad y Más Allá, examina este tema interesante y oportuno a detalle. El primer capítulo se refiere a "la forma cambiante de la feminidad". Los autores describen los síntomas y comportamientos de los trastornos alimentarios en mujeres más allá de la edad tradicional, en la cual éstos son diagnosticados, coincidiendo en que estos son comunes en la mediana edad y más allá. Se examinan las fuerzas socioculturales en su evolución, introduciendo el papel de la perfección.

Posteriormente, el libro aborda el papel de las experiencias de desarrollo del adulto y de los comportamientos de elección de comidas y alimentos. También se tratan una serie de temas relacionados, incluyendo el trastorno dismórfico corporal y la cirugía plástica.

Los autores también examinan tanto los roles de la cultura, como del ambiente familiar y cómo esto influye en el desarrollo de las actitudes alimentarias. Particularmente interesante es la conceptualización de la cultura actual como "la nueva familia extendida". Finalmente, un capítulo informativo, "la forma de recuperación", el cual explora la experiencia de la recuperación en las mujeres de mediana edad.

Este es un volumen útil en muchos aspectos. Proporciona información relevante sobre una alimentación desordenada en la mediana edad, así enmarcar de manera útil los enfoques clínicos de tratamiento. Los

autores proporcionan muchas descripciones de casos ilustrativos; estos parecen particularmente valiosos, al describir a las mujeres en sus 30, 40 y más (una notable salida de las descripciones de casos en la mayoría de los libros) Este libro será una útil incorporación a las bibliotecas de los clínicos.

—SC

Preguntas y Respuestas: La época de nacimiento y el riesgo de anorexia nervosa.

Q. A lo largo de los años, ha habido reportes de que niños nacidos entre marzo y junio, incrementa el riesgo de desarrollar anorexia nervosa (AN) No he visto ningún reporte recientemente de que la época de nacimiento relacionada con la AN y me pregunto ¿si esa teoría sigue avanzando? (KV, Louisville)

R. Tu pregunta es muy oportuna: Un grupo liderado por el Dr. Eirin Winje del Hospital Universitario de Oslo, Oslo, Noruega, acaba de revisar esa premisa (*J Eat Disord.* 2017; 5:2) Su estudio examinó los dos más grandes estudios sobre el tema hechos con anterioridad (incluyendo uno de él mismo) y una vez más provoca la duda en la conclusión de que la época de nacimiento hace una diferencia en el desarrollo de la AN. En su más reciente análisis, se comparó un agrupado total de 1293 nacimientos AN con la población en general nacida entre 1950 y 1980 en el Reino Unido.

Un gran meta-análisis sobre este fue realizado por Giulio Disanto, MD y sus colegas (*Br J Psychiatry.* 2011; 5:404) Este análisis encontró variaciones estacionales y los investigadores informaron que los factores de riesgo ambientales para la AN pueden ser operativos durante la gestación o inmediatamente después del nacimiento y la identificación de estos factores es importante para la prevención de enfermedades. También reportaron que la distribución de nacimientos entre los pacientes con AN difiere significativamente de la población general y que los bebés nacidos de marzo a junio, se encuentran en un riesgo superior al normal. Investigadores en Escocia también reportaron que la fecha de nacimiento de aquellos que padecen anorexia alcanzaba su punto máximo a finales de la primavera y principios del verano (*Int J Eat Disord.* 2001; 30:167) Eagles et al. trazó paralelos con la epidemiología de la esquizofrenia y surgió que un factor fluctuante estacional, tal vez un efecto intrauterino de agentes infecciosos comunes dentro de los meses de invierno, era de importancia etiológica.

Estos hallazgos fueron desafiado dos años más tarde por Winje et al. (*Int J Eat Disord.* 2013, 46:340) El análisis de Winje et al, utilizó 8 muestras de los hemisferios norte y sur, sugiriendo que la época de nacimiento, probablemente no tiene una parte significativa en la etiología de la AN.

En su estudio más reciente, el Dr. Winje y sus colegas reanalizaron los datos originales junto con la base de datos de Disanto, en un intento por resolver los resultados contradictorios. Encontraron que los tamaños del efecto en todas las submuestras eran pequeño y similares a través de las muestras, con la mayoría no se alcanzó una significación estadística. Los resultados del este nuevo análisis no sugirieron ningún efecto estacional en AN.

Reimpreso para: ***Eating disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com