
Eating Disorders Review
May/June 2015
Volume 26, Issue 3
Scott Crow, Editor-in-Chief

**Tratamiento a Largo Plazo de los Trastornos de la
Conducta Alimentaria:
Herramientas para esta Jornada**

Parte 2: Una Perspectiva desde la Investigación

Por Kathryn J. Zerbe, MD, Centro Psicoanalítico de Oregon, Portland, Oregon

En este artículo describiré cuatro principios que encuentro útiles al trabajar con pacientes que llegan a nosotros necesitados de una psicoterapia a largo plazo, o que tienden a quedarse en nuestra práctica por al menos un año. Aun en una etapa en que existen severas limitaciones en el reembolso por terceras personas y la presión de asegurar que nuestros esfuerzos estén "basados en evidencia", y por lo tanto explícitamente científicos y que vale la pena pagar, un significativo número de pacientes se beneficia de un proceso de tratamiento en que se otorga una "dosis más larga" de "50 a 100s de visitas".⁴ Estos pacientes tienden a tener historias de dificultades en el apego inicial, trauma y maltrato, y co-ocurren con trastornos de personalidad, abuso de sustancias y ansiedad severa o depresión. No han sido ayudados adecuadamente por intervenciones psicoeducativas menos intensas o exclusivamente Terapia Cognitivo Conductual manualizada, o tratamientos farmacológicos o de terapia basada en la familia.^{5, 6}

Para estos pacientes, que tienen muchas dificultades sintomáticas y que no han formado una adecuada percepción de ellos mismos, las investigaciones han demostrado que los clínicos experimentados, en forma consciente e intuitiva, mezclan los métodos psicodinámicos y cognitivo conductuales, independientemente de la orientación teórica que conscientemente practiquen.^{4, 7, 8} Estos datos cruciales de investigación de las prácticas en el "mundo real" han comenzado a decirnos acerca de las habilidades técnicas, atributos personales y posturas de tratamiento que los clínicos traen al escenario de tratamiento y que pueden enganchar un paciente que necesita terapia y promueve el desarrollo de un estado de sí mismo y prioriza un mejor autocuidado en general.^{4, 6-8}

Cuatro Principios Pueden Guiar Nuestra Terapia

La perspectiva de investigación también nos dice un poco cómo nos enganchamos con nuestros pacientes y técnicamente cómo mezclamos habilidades para mantener el proceso activo. Aún para entender completamente cómo mejoran los pacientes y cambian con el tiempo, así como esos problemas que de repente los terapeutas encuentran en el camino, continúa seduciéndonos a nosotros. Los cuatro principios que describo más abajo, de ninguna manera forman una lista exhaustiva, pero me han ayudado a mantenerme sana y de alguna manera estable cuando trabajo con problemas de trastorno de la conducta alimentaria que aparecen refractarios a las intervenciones o cuando el tratamiento aparece estar paralizado. También son principios que tanto los estudiantes como los miembros del equipo de tratamiento encuentran útiles y saludables, incluso a pesar de negar una respuesta fácil para la alianza

de un paciente, cuando la vida misma parece estar en la línea, el dinero puede ser limitado para la atención y el proceso de tratamiento puede parecer que ha llegado a un punto muerto.

Principio 1: Paciencia en la Práctica, o "Fase de Resistencia" del Tratamiento

A raíz de su vasta experiencia trabajando en una unidad hospitalaria de mujeres adolescentes fuertemente alteradas, el psiquiatra Donald B. Rinsley acuñó hacia finales de los años 1970, el término "fase de resistencia al tratamiento".⁹ Él observó que las adolescentes con severas dificultades interpersonales y familiares usualmente necesitaban hasta 16 meses de persistencia por parte de los miembros del equipo de tratamiento en la unidad residencial para ayudarles a trabajar numerosas resistencias y conductas antes de que pudieran alcanzar lo que él llamaba el "tratamiento definitivo". En otras palabras, la resistencia no es un solo comportamiento o maniobra que deba realizarse, como cercenar la negación de la emaciación o el rechazo a dejar de tener atracones, sino una multiplicidad de patrones autodestructivos, ganancias secundarias de la enfermedad y otras adaptaciones empobrecidas para vivir constructivo.

Una vez que la terapeuta entiende que la resistencia es una fase que hay que pasar más que una acción que debe realizarse, entonces es capaz de esperar y trabajar con la tendencia del paciente a tratar de derrotar al tratamiento. Mientras hace su mejor esfuerzo para tratar de serle útil al paciente y darle las herramientas necesarias y simplemente escuchar la historia del paciente, también se inclina a ser menos auto-crítica cuando el paciente no se beneficia inmediatamente. La terapeuta entiende que la fase de resistencia al tratamiento es donde ella y su paciente están, y que no puede apresurarse. Cuando una terapeuta puede ser menos crítica de sí misma, su paciente tiene un nuevo objeto de esperanza para identificarse en una forma constructiva que le pueda servir mejor en la vida. Para estos pacientes en esta etapa, yo usualmente me encuentro a mí misma diciendo una y otra vez, "¡Yo puedo esperar más tiempo que tú!" y "Recuerda, estamos enfocados en la mejoría, no en la perfección".

Durante la fase de resistencia al tratamiento, la terapeuta también está obteniendo datos esenciales acerca del paciente que le serán útiles más tarde. En la superficie, puede dar la impresión que el paciente no está adquiriendo nada, pero en realidad, un lazo terapéutico se está desarrollando y ganando fuerza. A medida que los sentimientos de seguridad se incrementan, el paciente puede revelar un poco más de su historia. Con ambos, un lazo terapéutico más seguro y más conocimiento de la vida del paciente, llega la oportunidad de hablar de los problemas con los que la persona está batallando. Cuando el paciente se manifiesta resistente en esta fase, la terapeuta no está restringida de responder en una forma muy humana, haciendo preguntas, haciendo observaciones simples, negando o afirmando con la cabeza, esbozando "umms" o "ahhs" y sin enfocarse en pérdidas pasadas y presentes. ¿Porqué es particularmente importante hablar de las pérdidas? Las pérdidas son la forma más ubicua de los problemas psicológicos. Nadie de nosotros escapa a eso. Aun los cambios positivos se ven llenos de la sensación de dejar algo valioso detrás. Dejarle saber a los pacientes que pueden expresar sus pérdidas y no esquivarlo es uno de los regalos del proceso terapéutico, y puede acelerar la movilización hacia una fase de tratamiento activo cuando el duelo sea expresado más activamente y sea trabajado.

Principio 2: Permiso de Sentir y Expresar Dolor

Independientemente de nuestra disciplina profesional, en nuestro entrenamiento está el concepto de reducir el sufrimiento al mínimo. Aun y cuando todos estemos de acuerdo en que la vida difícilmente es un viaje sin dolor, nosotros comprometemos nuestro trabajo de sanadores en tratar de derrotarlo. Contrario a la intuición es la noción ganando terreno en el psicoanálisis contemporáneo y la psicoterapia psicodinámica que la mejor manera de aliviar el sufrimiento es ayudar realmente al paciente a "observar, procesar, hablar, llamar la atención y dar a luz" el dolor emocional con el fin de eventualmente transformarlo.

"Cuando nos damos cuenta que podemos enfrentar nuestros miedos, una sensación de confianza y

aceptación comienza a crecer naturalmente", escribe el psicoanalista Jeffrey Eaton.¹⁰ Él continúa dando un bálsamo a los terapeutas, al decir: "No tengo respuestas mágicas o soluciones. Parte de mi dolor es que no puedo remover el dolor que mis pacientes deben enfrentar...A través de los años de trabajar juntos la gente desarrolla una capacidad más profunda de conexiones amorosas, y tal vez más importantemente, algunos se suavizan en la fuerza y se vuelven curiosos acerca, y hasta compasivos, hacia las partes más dolorosas de ellos mismos. El dolor no se ha ido, pero uno tiene una muy diferente relación con él y con la idea de cómo otros pueden experimentarlo".

Estar sentado con, procesar y contener el dolor es parte del trabajo más duro que hacemos los terapeutas. Los pacientes usualmente quieren y necesitan estar en tratamientos más largos porque la oficina del terapeuta es el lugar más seguro y realmente el único lugar donde pueden volcar su angustia. Somos testigos de sus pérdidas acumuladas y sus transiciones de la vida. ¿Cuántos lugares culturalmente sancionados están disponibles donde uno mismo se mantiene en privado? Uno de los pacientes en mi consulta que hizo progresos sustanciales desde el principio con sus problemas de alimentación sigue haciendo una inversión en sí misma por venir semanalmente. Ella llama a la psicoterapia un lugar donde ella "bebe agua de un pozo", y compara su sed de un proyecto de vida para hablar de su verdad. La mayoría de los terapeutas que hacen el trabajo a más largo plazo resonarán con este ejemplo porque oyen cuentos similares diariamente y absorben las ondas de choque de angustia y alegrías de la otra persona. "Hoy necesito contención" es el grito quejumbroso de muchos un médico con experiencia que busca a la supervisión o la consulta menos por dirección concreta o asesoramiento específico que para el lugar que proporciona a sentir, expresar y trabajar en el dolor de los demás que acompaña nuestras tareas.

Principio 3: Mantenerse en Curso. "Fase de Meseta" esperable.

Una de las lecciones más valiosas que he aprendido de mis pacientes acerca de la vida, es que hay fases de meseta inevitables y necesarias donde parece que no suceden muchas cosas en terapia y donde el paciente y el terapeuta se sienten estancados. En parte estas fases de meseta ocurren porque en lo superficial en realidad no está sucediendo nada. En realidad la acción está ocurriendo debajo de la superficie, como una especie de consolidación de ganancias antes de que ocurra un nuevo estirón. El problema para el terapeuta es que puede ser muy difícil "conservar" un paciente en estos períodos y tener fé en que algo va a emerger con la plenitud de los tiempos.

En el trabajo terapéutico el paciente repara viejos suelos, incluso puede quejarse que está creciendo aburrida e impaciente, y se pregunta si se ha alcanzado el máximo beneficio, y está listo para terminar. El terapeuta también tiene sus propias dudas y se pregunta de la misma manera: La pareja parece haber capturado el mismo virus - el virus de "de prisa y moviéndose" - pero en el mejor de los escenarios lograrán encontrar una manera de reducir la velocidad, preguntarse qué está sucediendo, y tal vez incluso disfrutar de un poco de un ritmo más lento. Entonces, de manera imperceptible, algo cambia, y la pareja se encuentra en otra vía de inclinación - ahondando en un tema nuevo, enfrentando una vieja fuente de malestar con nuevos recursos, y decidir en un lugar diferente para el trabajo o en la vida personal. Algo nuevo ha brotado -mágica y misteriosamente - y estamos tan sorprendidos como cuando éramos como niños en edad preescolar que abandonaron el salón de clases de la tarde y regresaron a la escuela a la mañana siguiente para encontrar que una planta de guisantes bebé se asoma desde el jardín de cartón de huevos que nosotros y el maestro habíamos plantado la semana anterior.

Los terapeutas y pacientes nunca culparían a un agricultor que dejó un jardín en barbecho por una o dos temporadas, porque sabemos que la rotación de cultivos es esencial para mantener el suelo vibrante. Sin embargo, esperamos que nosotros mismos no tengamos períodos de barbecho, cuando podríamos reponer nuestras existencias y de nosotros mismos antes de que algo nuevo pueda surgir en su temporada. Los supervisores también pueden ser insistentes con el progreso y no ver la necesidad y el valor de las fases de meseta. Como resultado, los miembros del personal sienten una necesidad ansiosa

de hacer que las cosas sucedan y empuja al paciente, cuando se necesita exactamente lo contrario. Esto puede intensificar la resistencia y llevar al paciente a experimentar más vergüenza y culpa, incluso cuando el terapeuta está tratando todo lo posible para ser benevolente. Mientras que una fase de meseta debe ser juiciosamente ser blanco de burlas a partir de una resistencia real a tomar un nuevo paso, que requiere juicio y tacto, haciendo una pausa en el trabajo psicológico y haciendo espacio es parte del proceso que se ha dado demasiada poca atención en la psicoterapia.

Principio 4: Crecimiento Notorio / Valorar la esencia

Un legado desafortunado de la teoría psicoanalítica temprana es la noción de que el terapeuta debe "mantener neutralidad" excepto en las situaciones más extremas, como las crisis suicidas o emergencias médicas. Sin embargo, tener en cuenta el número de veces, incluso en los casos más famosos de Sigmund Freud, se señaló la importancia de proporcionar apoyo y afirmación. Cuando Freud no comprendió esta necesidad, el caso vaciló. Hay que tomar en cuenta también la historia personal del propio Freud. Aunque Freud tenía dificultades para mantener relaciones profesionales con algunos de sus socios creativos como Alfred Adler y Carl Jung cuando diferían con él, su trabajo floreció cuando tuvo un socio que sirvió en parte como terapeuta auxiliar y como facilitador en otra. Uno sólo necesita rasgar superficialmente las vidas de muchos artistas, científicos y autores creativos y productivos, para darse cuenta que usualmente hay una persona detrás de la escena que se está dando cuenta y valorando el talento y la capacidad de una persona mucho antes de que sea reconocido por el público en general.

Si esta función necesaria es buscada y encontrada como esencial para nuestros triunfadores más capaces y loables, ¿qué tan importante puede ser para nuestros pacientes, que vienen a nosotros con historias tormentosas privados de apego estable y el amor? Mientras que un terapeuta o supervisor nunca deben ofrecer falsos elogios, reconociendo pasos hacia adelante y comentando sobre la perseverancia y resolución ofrece a quienes tenemos a nuestro cuidado esperanza y sustento emocional en tiempo real. Cuando escucho a un miembro del personal presentar un caso que va razonablemente bien a pesar de las regresiones sintomáticos inevitables por parte del paciente, invariablemente me encuentro diciendo a mí misma: "No te olvides de comentar lo lejos que ustedes dos han llegado juntos. Sé tan específica como puedas. Recuerda las sesiones iniciales y menciona algunos saltos evolutivos de los que ha testificado". Casi invariablemente el miembro del personal regresará y me hará saber que el paciente se iluminó por haber sido reconocido por el progreso y que estaba "asombrado" o "tocado" que el terapeuta se haya preocupado lo suficiente para darse cuenta. La necesidad universal de reconocimiento, en particular cuando la realización de todas las tareas difíciles inherentes a profundizar el trabajo psicoterapéutico, debe convertirse en una parte esencial de nuestra práctica cotidiana.

El incremento en la evidencia neurobiológica apoya el concepto de que el apoyo es bueno para el cerebro tanto como para el alma. Cuando la búsqueda del cerebro de los sistemas "amorosos" y de "jugar" se despiertan a nivel de la corteza prefrontal, los circuitos afectivos positivos del cerebro están reforzados. Mientras que cada uno de estos sistemas tiene vías individuales muy específicas que todavía deben ser completamente investigadas, los datos actuales sugieren que culminan en las neuronas dopaminérgicas a nivel de la corteza prefrontal y la liberación de oxitocina en la subcorteza medial. La dopamina genera mejora en la autoestima, y la oxitocina promueve la vinculación social y crianza. Ambos neuroquímicos facilitan preparación emocional para el crecimiento prosocial que esperamos ayudar a inducir en nuestros pacientes. Al notar el crecimiento de nuestros pacientes y valorar su grano es tanto una intervención neurobiológica y psicológica y la roca sobre la que un cambio duradero es probable que sea construido. Y, al igual que nuestros pacientes, los terapeutas también obtenemos beneficios similares de tener esos pacientes en nuestro círculo que valoran estas cualidades en nosotros. Las asociaciones creativas en la forma de supervisión de pares, la consulta permanente y grupos de estudio son sólo algunos de los escenarios que permiten a los terapeutas valorarse a sí mismos, y que tienen el potencial de alimentar nuestro crecimiento mediante la duplicación de agallas y determinación.

Conclusión

Estos cuatro principios que guían los tratamientos a largo plazo de los trastornos de la conducta alimentaria son ofrecidos para apoyar a las terapistas en la negociación de períodos de estancamiento y surcos del trabajo terapéutico. Algunas veces somos incapaces de ayudar a los pacientes a liberar su sufrimiento directamente, pero podemos asistirlos para cambiar su relación con el dolor y su sensación de pérdida. Este proceso es más difícil de lo que parece pero la remediación de los síntomas y la liberación del sufrimiento son lo que se nos enseñó en nuestro entrenamiento y nos alentó a tratar de emular los estudios de la literatura científica.

Cultivar una postura terapéutica en la que el paciente pueda sacar el dolor interno que puede no ser aparente superficialmente fomenta la resistencia con el tiempo. Los estudios recientes en neurociencias apoyan este abordaje como que tiene importantes beneficios para el cerebro. Tanto el terapeuta como el paciente es más probable que mantengan un sentido saludable de bienestar cuando prestamos atención a nuestra necesidad de espacios seguros para procesar las necesidades emocionales, respetar las fases de resistencia cuando no hay mucho que pueda estar ocurriendo directamente en el trabajo terapéutico, y cultivar las personas de apoyo y "asociaciones creativas" que valoran y nos animan durante los períodos más inescrutables de la jornada.

Acerca del Autor:

La Dr. Zerbe es profesora de psiquiatría y de ginecología y obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregon en Portland. Es además autora de numerosos libros, incluyendo el best-seller, *The Body Betrayed*.

Referencias

1. Bakewell, S. (2010). *How to Live: Or a Life of Montaigne*. New York: Other Press.
2. Zerbe, K. J. (1995). *The body betrayed: Woman, eating disorders, and treatment*. Carlsbad, CA: Gurze Books (original edition published 1993, American Psychiatric Press).
3. Zerbe, K. J. (2008). *Integrated treatment of eating disorders: Beyond the body betrayed*. New York: W. W. Norton.
4. Tobin, D. L. (2012). The rationale for psychodynamic psychotherapy of eating disorders: An empirically constructed approach. In D. Stein & Y. Latzer (Eds.), *Treatment and Recovery of Eating Disorders* (pp. 97-108). New York: Nova Science Publishers.
5. Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Practice review: Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy, 48*, 249-259.
6. Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 754-757.
7. Thompson-Brenner, H. & Westen, D. (2005a). A naturalistic study for bulimia nervosa, Part 1, Comorbidity and therapeutic outcome. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 193*:9, 573-584.
8. Thompson-Brenner, H. & Westen, D. (2005b). A naturalistic study for bulimia nervosa, Part 2: Therapeutic interventions in the community. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 193*:585-595).
9. Rinsley, D.B. (1980). *Treatment of the severely disturbed adolescent*. New York: Aronson.
10. Eaton, J. L. (2011). The Fate of Pain. In *A Fruitful Harvest: Essays after Bion*. Seattle. Alliance Press.
11. Panksepp, J., Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W. W. Norton.

Actualización: El Topiramato Podría Desencadenar Síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

Un anticonvulsivo utilizado para la migraña merece un seguimiento cuidadoso.

En el 2014, la Administración de Comida y Drogas en Estados Unidos aprobó el uso del topiramato anticonvulsivo (Topamax®) para el tratamiento de la migraña en adolescentes. Un efecto secundario bien conocido de la droga es la supresión del apetito. A pesar de que el topiramato se ha estudiado para el tratamiento del trastorno por atracón (TpA) y la bulimia nervosa (BN), el efecto supresor del apetito de la droga plantea la posibilidad de desarrollo o empeoramiento de los trastornos de la conducta alimentaria entre los pacientes jóvenes. Este riesgo puede ser resaltado aún más por el hecho de que mientras que los síntomas mejoraron en la prueba publicada BN del topiramato, también se observó la pérdida del peso (en una muestra bastante magra; Hoopes et al, J Clin Psiquiatría 2003; 64:.. 1335).

Los investigadores de la Universidad de Miami y el Colegio de Medicina de la Clínica Mayo, Rochester, MN, recientemente evaluaron siete casos de adolescentes que desarrollaron patrones de alimentación desordenada después del tratamiento con topiramato (Pediatrics 2015; 135:.. 1). La Dra. Jocelyn Lebow y sus compañeros investigadores utilizaron una revisión retrospectiva de pacientes adolescentes que tomaron topiramato y fueron atendidos en el Programa de Trastorno de Mayo Clinic Comer entre noviembre de 2008 y junio de 2013. Durante ese tiempo, 7 mujeres adolescentes tratadas con topiramato de 13 a los 18 años de edad fueron diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria: 4 con trastorno de la conducta alimentaria no especificado, 2 con anorexia nervosa, y 1 con BN. Todas habían sido tratadas con topiramato para la migraña o dolor de cabeza crónico, y las dosis varió de 25 mg dos veces al día a 150 mg al día.

Tres de las jóvenes estimaron que su trastorno de la conducta alimentaria había precedido el tratamiento con topiramato; 1 se puso en remisión de un TCA cuando el agente se le recetó y luego el trastorno reapareció, y otras 3 chicas desarrollaron su trastorno de la alimentación solamente después de comenzar el topiramato. En todos los casos, la restricción dietética fue el síntoma primario de un trastorno de la conducta alimentaria; 5 también reportaron purga y 3 tuvieron atracones. Una paciente joven marcó un aumento de peso después de tomar el anticonvulsivo, pero todos los demás reportaron la pérdida de peso.

Los autores señalan que la migraña es muy común entre las personas con trastornos de la conducta alimentaria, y que los resultados de un estudio mostraron que al menos el 74% de los pacientes con TCA también tenían migrañas (Neuro Sci 2009; 30 (supl.): S5). Por lo tanto, existe la posibilidad de exposición en los adolescentes con un trastorno alimentario establecido (o riesgo para uno). Inherente en una serie de casos de este tipo es que el grupo de adolescentes que recibieron topiramato sin desarrollar síntomas no está representado, por lo que la frecuencia real de esto es desconocido. Los autores sugieren que el monitoreo cuidadoso de aumento de peso y el comportamiento alimenticio del paciente continúe después de administrar el topiramato y la pérdida de peso no debe ser descartado como un efecto secundario temporal del anticonvulsivo.

Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Investigadores Suecos: Un mejor entendimiento de la personalidad puede mejorar el resultado.

La personalidad puede jugar un rol principal en aquellos pacientes con un TCA: como un factor de riesgo, como un moderador de la expresión sintomática, en la elección de tratamiento, y como un factor predictivo del resultado. Algunos rasgos de personalidad son comunes a todos los TCA, mientras que otros están fuertemente relacionados solamente con ciertos tipos de TCA, como el alto perfeccionismo en la anorexia nervosa (AN) y la sensación de búsqueda incrementada en el trastorno por atracón.

Los investigadores en el centro de trastornos de la conducta alimentaria más grande de Suecia, el Stockholm Centre for Eating Disorders, recientemente exploraron las formas en que los pacientes con TCA no anoréxicos difieren de controles en personalidad y examinaron las facetas de la personalidad que pueden parearse con psicopatología (*J Eat Disord.* 2015; 3:3). El Centro Stockholm admite cerca de 700 pacientes cada año en sus unidades de hospitalización, ambulatorio, día y de familia, y además tiene un equipo de tratamiento móvil.

Los pacientes con un TCA no anoréxico que fueron tratados en el Centro Stockholm entre 2010 y 2013 fueron enrolados en este estudio. Este grupo tenía una enfermedad severa, de acuerdo a las puntuaciones en el Eating Disorder Examination (EDE) correspondientes al 95 percentil para mujeres adultas jóvenes. Los participantes potenciales habían sido enrolados ya fuera en un ensayo controlado aleatorizado de terapia cognitiva conductual basada en internet (n=150) o fueron enrolados en un programa de terapia multimodal de paciente de día (n=129). Todas las pacientes fueron femeninas y tuvieron un diagnóstico de bulimia nervosa (BN) de acuerdo al DSM IV o un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANES). Después de eliminar 3 pacientes (2 que no completaron el inventario de personalidad y 1 que fue diagnosticado con AN), 208 personas fueron enroladas en este estudio.

Los participantes completaron una serie de cuestionarios en línea incluyendo el Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q), el Comprehensive Psychiatric Rating Scale-Self-rating Scale for Affective Syndromes (CPRS), y la Entrevista Estructurada para TCA, un instrumento de 20 a 30 preguntas basadas directamente en los criterios del DSM-IV. También completaron el Inventario de Personalidad NEO, Revisado, un instrumento de 240 reactivos de autorreporte diseñado para evaluar cinco dimensiones y 30 facetas del Modelo de Cinco Factores. El Modelo de Cinco Factores está compuesto por cinco dimensiones de la personalidad: apertura a la experiencia, la conciencia, la extroversión, agradabilidad y neuroticismo.

La Personalidad difirió entre pacientes y controles

Comparado con los controles, el grupo de pacientes se caracterizó por afecto negativo permisivo y vulnerabilidad, y mostró pocas emociones positivas como dicha, calidez o amor. Además fueron significativamente menos sociables y mostraron menos confianza, competencia y autodisciplina. Mientras que estaban más cerradas a los sentimientos, ideas y nuevas experiencias, estaban más abiertas en expresar sus valores. Los pacientes también reportaron una tendencia a dudar de su propia capacidad de lidiar con los retos de la vida, fueron humildes y creían que las demás personas no eran de confianza. Se calificaron a sí mismas como no - dogmáticas y como menos tradicionalistas que otros. También reportaron tener una tendencia a procrastinar y tenían problemas en controlar sus deseos, que las llevaban a acciones apresuradas, generalmente seguidas de culpa.

Los autores hicieron énfasis en que el conocimiento de las facetas de la personalidad, especialmente la confianza, el tratar de tener logros, y el neuroticismo, pueden conducir a una mejor comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria. Al identificar y centrarse en los rasgos de personalidad, podría ser posible que se mejore la alianza terapéutica, se aborden los problemas subyacentes y se mejoren los resultados.

La Maniobra de Heimlich, pero con un Nuevo Giro

Los pacientes jóvenes intentan una nueva forma de purgar

Existen amplios precedentes de la gente con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que adoptan tratamientos médicos establecidos como parte de sus síntomas de TCA—el uso de diuréticos, laxantes o ipecac vienen a mi mente. Cuarenta años después de que el cirujano torácico Henry Heimlich publicó por primera vez su técnica para utilizar una serie de contracciones abdominales superiores para evitar el atragantamiento, unos investigadores Canadienses han reportado 5 casos de niños y adolescentes que utilizan la maniobra de Heimlich para purgar (*Int J Eat Disord.* 2015; Apr 2. doi:10.1002/eat.22408. [Epub ahead of print]).

La Dra. Ahmed Boachie MD, FRCPC, y sus colegas clínicos en Southlake Regional Health Centre, Newmarket, Ontario, y la Universidad de Toronto, recientemente describieron 5 casos independientes de niños y adolescentes que revelaron que usaron la maniobra de Heimlich para purgar. Esta práctica escondida surgió cuando se le pidió a estos jóvenes pacientes que describieran las técnicas que utilizaban para purgar. Los autores también hacen notar que las complicaciones médicas para la maniobra de Heimlich (descrita cuando ha sido utilizada para evitar el atragantamiento) pueden ayudar a descubrir el uso de la maniobra, incluyendo fracturas costales, trauma a órganos abdominales y otras formas de trauma abdominal contuso. Los clínicos deberían buscar este comportamiento.

Siguiendo el Síndrome de la Alimentación Nocturna

Una serie de enfoques, pero no mucho consenso, en este síndrome difícil de alcanzar.

La naturaleza oculta del Síndrome de Alimentación Nocturna, o NES, es una de las razones por la cual este trastorno es frecuentemente pasado por alto por los profesionales sanitarios y pacientes. Aunque el síndrome de anorexia por la mañana, hiperfagia nocturna y/o el insomnio se reportaron por primera vez por Stunkard y sus colegas hace al menos 60 años, la falta de una definición estándar ha impedido el reconocimiento de la comparación de NES y los resultados del estudio.

El DSM-5 ha ayudado un poco haciendo una lista de tres principales criterios para diagnosticar NES: (1) episodios recurrentes de la alimentación nocturna, mostrado por el consumo después de despertar de un sueño, o por comer en exceso después de la cena; (2) la conciencia de esos episodios de comer; y (3) la angustia o deterioro significativo provocados por el trastorno. Otro trastorno, desorden alimenticio relacionado con el sueño, o SRED, también se caracteriza por episodios recurrentes de comer o beber involuntaria durante el sueño, pero se considera como un tipo de parasomnia, o trastorno primario del sueño en la que la fisiología o comportamientos se ven afectados por el sueño, la etapa del sueño, o la transición del sueño a ser despertado/a, en lugar de un trastorno alimentario.

Un nuevo instrumento diseñado para detectar NES

Suat Kucukgoncu, MD, y sus colegas de la Universidad de Yale evaluaron recientemente la valoración y dirección de la NES (*Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:. 751). Los autores señalan que aunque el Cuestionario de la Alimentación Nocturna (NEQ) es ampliamente utilizado para detectar NES, a menudo produce resultados positivos falsos en los grupos seleccionados, como los pacientes obesos y los que han tenido derivaciones gástricas, y por lo tanto un segundo componente entrevista puede ser de mucha ayuda. Esta entrevista semiestructurada también incluye preguntas sobre la historia de los síntomas de la alimentación nocturna, la cantidad de alimentos consumidos por día, los patrones de sueño, los síntomas

del estado de ánimo, los factores estresantes de la vida, el peso y la historia de la dieta y el tratamiento previo para NES.

Una multitud de enfoques de tratamiento

Los enfoques de tratamiento para NES han incluido agentes farmacológicos, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de luz, y la terapia de relajación muscular, según el Dr. Kucukgoncu y sus coautores. El sistema de la serotonina era un objetivo natural para el tratamiento farmacológico, y al igual que para la bulimia nerviosa, los ensayos clínicos tienen principalmente involucrados antidepresivos, especialmente los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) sertralina y el escitalopram.

Los estudios no controlados con sertralina mostraron que el SSRI mejoró los síntomas de NES, el estado de ánimo y calidad de vida. Posteriormente, un proceso de 8 semanas a ciegas aleatorizado de setralina mejoró significativamente los síntomas NES y la calidad de vida (Am J Psiquiatría 2006; 67.: 1568). La ingesta calórica después de la cena también se redujo en los pacientes que recibieron sertralina en comparación con los que recibieron un placebo. Un ensayo aleatorio con escitalopram mostró mejoras en los síntomas de la alimentación nocturna, así como la pérdida de peso modesta, pero los resultados de drogas activas no fueron significativamente mejores que con placebo (Coma Behav 2013; 14:. 199).

El topiramato, un glucocerebrosidasa (GBA) agonista y antagonista de glutamato, también ha sido beneficiosa para el tratamiento de NES. [. Ver "Actualizar", anteriormente en este tema] Sin embargo, en un estudio, una vez que se suspendió la droga, los síntomas de NES volvieron (Med Sleep 2003; 4:. 243). Debido a que hasta la fecha no hay indicaciones o datos sobre la duración del beneficio terapéutico de los medicamentos para NES, el Dr. Kucukgoncu y sus colegas recomiendan que cualquier medicamento puede utilizar al menos 8 semanas antes de llegar a conclusiones acerca de sus efectos. También sugieren considerar un período total de tratamiento de al menos un año, si un medicamento resulta beneficioso antes de determinar si tiene éxito o no en el tratamiento de NES.

Intervenciones Psicológicas

Las intervenciones psicológicas también se han utilizado con cierto éxito para tratar a pacientes con NES. En particular, Allison y sus colegas han desarrollado un programa de terapia cognitivo-conductual para NES. Durante un ensayo no controlado CBT realizado en pacientes con NES (Am J Psychother 2010;. 64:91), 14 de 25 pacientes participaron en 10 horas de sesiones de TCC en 12 semanas. El tratamiento de TCC llevó a reducciones significativas de hiperfagia nocturna, redujo el número de episodios alimenticios nocturnos y la ingesta total de calorías, y disminuyó los síntomas depresivos. Curiosamente, los autores observaron que la TCC reduce comer en exceso más notablemente durante la noche pero no justo después de la cena.

La Saliva Podría Tener Pistas para Descubrir Trastornos de la Conducta Alimentaria no Diagnosticados

Niveles de dos químicos fueron particularmente útiles

Los indicios para identificar un trastorno de la conducta alimentaria no detectado, pueden estar, literalmente, en la punta de la lengua, según la Dra. Ann-Katrin Johansson y un equipo de dentistas clínicos de la Universidad de Bergen, Noruega (Eur J Oral Sci 2015; Mar 17. Doi.: . Cincuenta y cuatro por sexo y edad: 10.1111 / eos.12179 [Epub ahead of print]. La Dra. Johansson y sus colegas compararon recientemente la composición bioquímica de la saliva de 54 mujeres y 4 pacientes ambulatorios masculinos con trastornos de la alimentación (21,5 años de edad media). Cincuenta y cuatro controles del mismo sexo y la misma edad fueron añadidos de una clínica de salud dental. Todos los participantes en el estudio llenaron un cuestionario, se sometieron a exámenes dentales, y tomaron

análisis de laboratorio para su saliva. La hiposalivación o baja producción de saliva, era menos frecuente en el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Diferencias importantes fueron encontradas

La composición de la saliva era muy diferente en los dos grupos. La albúmina, fosfato inorgánico, aspartato aminotransferasa (AST; anteriormente conocido como transaminasa glutámico oxalacética sérica, o SGOT), cloruro, magnesio, y los niveles de proteína total fueron significativamente mayores en el grupo con trastornos de la conducta alimentaria que en los controles.

Los análisis estadísticos (mediante regresión logística) mostraron que el aumento de las concentraciones de proteínas totales y AST fueron relativamente buenos predictores de un trastorno de la conducta alimentaria (sensibilidad, 65%; especificidad, 67%). Por lo tanto, AST salival elevada y los niveles de proteína total podrían ser otros dos marcadores útiles que demuestren un trastorno de la conducta alimentaria.

Terapia Familiar Intensiva de Corta Duración

Un abordaje útil, particularmente cuando el acceso a un especialista es limitado.

Una gran cantidad de evidencia apoya a la Terapia Basada en la Familia (FBT) para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante la adolescencia. Sin embargo, al igual que para otras terapias manualizadas, la FBT exitosa depende de la disponibilidad de terapeutas entrenados en FBT. Desafortunadamente, no existen muchos terapeutas entrenados en FBT en cualquier parte, a pesar de que los TCA en adolescentes los encontramos en todos lados.

Un abordaje a este problema es hacer que las familias viajen a centros especializados para un tratamiento intensivo y de corta duración. Para probar el concepto, los investigadores de la Universidad de California-San Diego (UCSD) desarrollaron un programa intensivo de 5 días para adolescentes, diseñado alrededor de los principios de la FBT (*Eur Eat Disord Rev.* 2015 Mar 16.

Doi:10.1002/erv.2353[Epub ahead of print].

Probando el concepto en dos tipos de escenarios de familias

La Dra. Erica Marzola, y sus colegas examinaron en forma retrospectiva la eficacia a largo plazo de la terapia familiar intensiva tanto en escenarios de una sola familia como múltiples familias. Los sujetos fueron 74 adolescentes con TCA que participaron en un programa intensivo de tratamiento de 5 días en UCSD entre 2006 y 2013. Una definición estricta de remisión completa fue utilizada: $\geq 95\%$ del peso esperado para el sexo, edad, y estatura; una calificación global en el EDE-Q dentro de 1 desviación estándar de la norma; y ausencia de comportamientos de atracón/purgación. La remisión parcial se definió como un peso $\geq 85\%$ del peso esperado o $\geq 95\%$ pero con una calificación global elevada en el EDE-Q y la presencia de síntomas de atracón-purgación menos de una vez por semana.

Los investigadores dieron seguimiento a estos adolescentes por 30 meses. Durante ese tiempo, 60.8% de los adolescentes alcanzó la remisión completa, y 27% llegó a remisión parcial. Un resultado pobre ocurrió en 12.2%. El programa utilizó formatos de una sola familia y múltiples familias, y ambos fueron comparables. Estos resultados preliminares sugieren que la FBT intensiva puede ser una estrategia útil, particularmente donde el acceso a tratamiento especializado es limitado geográficamente.

Una Nueva Escala Mide Restricciones Compulsivas de la Comida

La Escala de Auto-Inanición puede ser muy útil para los pacientes con restricción alimenticia extrema.

La auto-inanición por los pacientes con anorexia nervosa (AN) es una de las características más llamativas de este trastorno. Se ha visto como gratificante o basada en la costumbre, y en ocasiones se asemeja a un comportamiento compulsivo de búsqueda de drogas. Los doctores Lauren R. Godier y Rebecca J. Park, de la Universidad de Oxford, desarrollaron una nueva medida de auto-inanición, la Escala de Auto-Inanición (SS), para entender más a fondo hasta qué grado la auto-inanición puede mostrar cualidades parecidas a las de una adicción (Eating Behavior. 2015. 17:10). La escala fue adaptada parcialmente de la Escala de la Adicción a la Comida de Yale (YFAS) (Appetite 2009; 52:. 430).

El SS da una serie de 17 preguntas sobre el comportamiento durante las 4 semanas anteriores, y cada pregunta tiene un factor de carga diferente. El SS utiliza una escala de calificación de 7 puntos, de 0 (nunca) a 6 (todos los días) para registrar cuántos de los 28 días anteriores se ha producido un comportamiento. Por ejemplo, la pregunta 8 dice, 'he limitado mi ingesta de comida, así que me he concentrado en esto en vez de hacer otras actividades'.

Los investigadores de Oxford pusieron a prueba la escala entre los cuatro grupos de voluntarios. El primer grupo incluyó a 126 voluntarios sanos sin trastornos alimentarios previos. Después, 78 personas entre 18 y 65 años fueron reclutados en tres grupos de estudio: (1) las personas con AN aguda (n = 41); (2) individuos restaurados del peso con un historial de AN (n = 18); y (3) los individuos plenamente recuperados de AN (n = 19). Los cuestionarios fueron creados usando Las Encuestas en Línea de Bristol (Universidad de Bristol, Inglaterra). Además de la SS, se incluyeron también el Cuestionario de Examinación para un Trastorno de la Alimentación (EDE-Q) y la Evaluación del Deterioro Clínico, el Cuestionario de Salud del Paciente y la Evaluación de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Otros cuestionarios midieron la adicción a la comida, el ejercicio excesivo, y la impulsividad, y los participantes también proporcionaron información demográfica, incluyendo la altura y peso (para calcular el índice de masa corporal, o IMC, kg / m^2); además, los pacientes de la muestra AN informaron su más bajo índice de masa corporal, la edad de inicio del trastorno, duración de la enfermedad, y el tratamiento recibido.

La escala mostró buena confiabilidad

El SS, que fue desarrollado para proporcionar una herramienta para evaluar más a fondo el concepto de dependencia compulsiva de hambre, mostró buena confiabilidad y fue significativamente relacionada con las medidas de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria, el ejercicio compulsivo, depresión y ansiedad. Las puntuaciones de la SS también se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de adicción a la comida, medida por la Escala de Yale de Adicción a la Comida. Debido a que la escala se centra en el rígido control de la conducta alimentaria que se ve en los trastornos alimentarios, añaden que "el resultado es probable que refleje el carácter compulsivo y basado en reglas de auto-inanición." La capacidad predictiva fue mayor para el grupo con AN actual, lo que sugiere que la SS puede ser particularmente útil como un índice de restricción alimentaria extrema en la AN. La disponibilidad de esta escala debe aumentar la atención en las cualidades potencialmente adictivas de la auto-inanición.

El Tratamiento Ambulatorio, desde el Punto de Vista del Paciente Adolescente

Cualquier progreso involucra confianza.

Cuando unos investigadores Suecos evaluaron la percepción de adolescentes de su experiencia con el tratamiento ambulatorio, dos resultados fueron obvios. El primero fue la importancia de involucrar a los padres en el tratamiento, particularmente con Anorexia Nervosa (AN), y el segundo fue la importancia de

la confianza. La Dra. Katarina Lindsted y sus colegas en la Universidad de Orebro en Suecia, reportaron los resultados de su pequeño estudio de 15 pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) reclutados de cuatro unidades especializadas en TCA. El objetivo de los investigadores era desarrollar un entendimiento de la experiencia de tratamiento, en esta ocasión desde el punto de vista del paciente (*J Eat Disord.* 2015; 3:9).

La Dra. Lindsted y colegas utilizaron un abordaje de fenomenología hermenéutica con los sujetos, que involucraba el intento de entender cómo la gente le daba significado a las experiencias de eventos significativos, y dependían de narrativas obtenidas de entrevistas (M. van Manen, *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Ontario: Althouse Press, 1997). Los 15 pacientes enrolados en el estudio tenían entre 13 y 18 años de edad; 6 habían sido tratados para AN, y 9 habían sido tratados para Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANES) subtipo restrictivo. La mayoría había estado en tratamiento de 1 a 2 años y había participado en 11 a 30 sesiones de terapia. La mayoría de las entrevistas hechas por los autores fueron llevadas a cabo 1 a 3 años después de que el individuo había completado el tratamiento. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente; a los participantes se les permitió leer estas transcripciones y se les invitó a agregar o cambiar cualquier parte del escrito.

A los entrevistados se les pidió hablar abiertamente acerca de su experiencia de tratamiento, y el entrevistador empezó con la pregunta, "¿Me puedes decir acerca de tu tiempo en tratamiento?". Para proseguir la entrevista, los terapeutas tenían preguntas de seguimiento como preguntar sobre el rol de los padres y la relación del paciente con el terapeuta. La mayoría de las entrevistas duró entre 45 y 90 minutos.

Temas generales que emergieron

De acuerdo a los autores, el tema más repetitivo que emergió fue la importancia de la participación de la familia en el tratamiento, especialmente muy al principio del tratamiento. La mayoría de los pacientes sentía que fueron más o menos forzados al tratamiento, y tenían fuertes sentimientos de ambivalencia acerca de si participar y de qué forma hacerlo. Muchos reportaron que su primer encuentro con el terapeuta les produjo vergüenza, alivio, frustración y cansancio. Típicamente, los padres trajeron a sus hijos a tratamiento, y muchos adolescentes estaban enojados y fuertemente resistentes. Inicialmente los pacientes recuerdan haber tenido fuertes sentimientos de negación y resistencia al cambio. Algunos reportaron que hubieran deseado que sus hermanos estuvieran involucrados de alguna manera, ya que los hermanos rara vez estaban involucrados en las sesiones de familia.

Una fuerte alianza fue construida con la confianza

Como era de esperarse, una fuerte alianza terapéutica basada en la confianza fue muy importante para el resultado. La primera junta fue especialmente significativa, y los adolescentes reportaron que la manera en que el terapeuta actuó, habló y los trató hizo una gran diferencia en generar confianza. Hicieron notar que cuando el terapeuta los invitaba a cooperar, y continuaba haciéndolo a través de las sesiones, además de aclarar los objetivos de tratamiento y crear una visión compartida de la situación, había mucho más posibilidad de éxito en general. Un hallazgo notable fue que enfocarse en ganancia de peso como objetivo de tratamiento no se sintió bien entre los adolescentes. Algunos no se sentían preparados para terminar el tratamiento y expresaron decepción de que el terapeuta ya no estuviera interesado en sus pensamientos y sentimientos.

La honestidad y el respeto también emergieron como ingredientes importantes en la relación paciente-terapeuta; los adolescentes necesitaban sentirse competentes y tener sus sentimientos validados. Los resultados de este análisis refuerzan la importancia del rol de factores de terapia no específicos en el resultado de tratamiento.

La Figura Favorita para un Personaje de Televisión por parte de los Adolescentes: Delgado

Delgado estaba definitivamente en estudiantes de la secundaria

En una encuesta de 756 estudiantes israelíes en los grados 7/8 y 10/11, los personajes de televisión favoritos del mismo género de los adolescentes eran típicamente delgados o de tamaño medio cuerpo. Los adolescentes se auto-comparaban con personajes con más frecuencia conforme los personajes identificados se convertían más delgados. Los autores notaron que conforme la diferencia entre el tamaño del cuerpo del personaje favorito y su propio cuerpo de los adolescentes cambiaba, la imagen corporal de los adolescentes empeoraba (J Commun Salud 2015; 02 de abril:... 1-9 [Epub ahead of print])

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: ¿Diabetes Tipo 2 y Trastornos de la Conducta Alimentaria?

P. Varios de mis pacientes tienen diabetes tipo 2 (T2DM) pero, a diferencia del caso de diabetes tipo 1, yo raramente veo mucho en los libros acerca de T2DM y los TCA. ¿Qué sabemos de T2DM y los TCA? (VM, Cincinnati)

R. Estás en lo correcto; ha habido un enfoque prolongado en T1DM. Es natural que el foco de atención permanezca en pacientes con diabetes tipo 1 porque estos pacientes pueden ser especialmente vulnerables a preocuparse de más sobre su peso y figura, insatisfacción con su cuerpo, preocupación con la comida, y la restricción dietética. Además, la alimentación desordenada ha mostrado incrementar el riesgo para complicaciones diabéticas, sin embargo, tres estudios recientes han añadido más a nuestro conocimiento sobre T2DM y TCAs, particularmente en el área de trastorno por atracón (TpA).

La Dra. Joana Nicolau y sus colegas reportaron los resultados de un estudio de 320 pacientes seleccionados al azar ya fuera de clínicas de atención primaria o de clínicas endócrinos de T2DM. Después de mostrar a todos los sujetos el Examen-26 de Actitudes Alimentarias (EAT-26) y el Cuestionario de Patrones-Revisados de Alimentación y Peso (QEPW-R), los investigadores descubrieron que, en total, el 14% de los voluntarios también tenían trastornos de la conducta alimentaria. El trastorno más frecuente era TpA, que fue diagnosticado en 12.2% de los sujetos, basado en el QEPW-R (*Acta Diabetol.* 2015; Apr 5. Doi 10.1007/s00592-015-0742-z. Epub antes de impresión]. Aquellos que mostraban un resultado positivo para TpA también eran más jóvenes, tenían una duración menor de síntomas para T2DM, y un índice de masa corporal mayor. Entre aquellos con TpA, los resultados para EAT y depresión eran significativamente mayores.

Las personas que mostraban un resultado positivo para un trastorno de la conducta alimentaria tenían niveles de triglicéridos mayores a los sujetos sin el T2DM. Por otro lado, el control glicémico no difería entre aquellos con y sin TpA.

Desórdenes metabólicos e inmunes

En un segundo y mucho más grande estudio, el Dr. Anu Raevuori y sus colegas del Hospital General de Helsinki examinaron la prevalencia y la incidencia de diabetes tipo 2 en 2.342 pacientes tratados por AN, BN, BED por más de 16 años en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria de Helsinki University Central Hospital, y 9638 controles emparejados; además, los autores examinaron el desarrollo de enfermedades autoinmunes (Int J Coma Disord 2014; 25 de julio Doi:... 10.1002 / eat.22334 [Epub

ahead of print].

La prevalencia en la vida de diabetes tipo 2 fue del 5,2% entre los pacientes de urgencias y 1,0% entre los controles. La prevalencia fue mayor en los pacientes varones que en mujeres. En cuanto a las enfermedades autoinmunes, los autores encontraron que el 8,9% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en comparación con el 5,4% de los pacientes de control, tenían diagnósticos previos de una o más enfermedades autoinmunes. T1DM representó la mayor parte del aumento de las enfermedades endocrinológicas, y la enfermedad de Crohn explicó la mayor parte del riesgo de enfermedad gastroenterológica.

Los autores sugieren que sus hallazgos apoyan una relación entre los factores inmunológicos y el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Se necesitan más estudios para explorar el riesgo de factores autoinmunes en personas con trastornos de la conducta alimentaria y sus familiares.

Depresión y el control glicémico

Un tercer estudio evaluó la prevalencia de TpA en pacientes con T2DM, en un intento de aprender más acerca de la correlación entre TpA y con el nivel de depresión y el control glucémico (Gen Hosp Psiquiatría 2015; 37: 116.). Con un rango de entre 18 y 75 años de edad, 81 mujeres y 71 varones con diabetes tipo 2 fueron evaluados con una entrevista clínica estructurada para el trastorno DSM-IV Axis I y el EAT, y la depresión se determinó con la Escala de Depresión de Beck. En contraste con el estudio Nicholau, todos los participantes provenían de una clínica de diabetes.

El porcentaje de pacientes que se encontraron con TpA fue de 5,26% o aproximadamente la mitad que en el estudio anterior. Las puntuaciones de depresión y EAT fueron mayores en aquellos con TpA. Los niveles de hemoglobina glicosilada A1c (una medida de control de azúcar en sangre a largo plazo) no difirió entre los participantes con TpA y sin TpA.

Los autores de los tres estudios nos recuerdan que es fácil pasar por alto subyacentes trastornos de la conducta alimentaria en los pacientes diabéticos, particularmente aquellos con diabetes tipo 2. El estudio diagnóstico debe incluir siempre la posibilidad de patrones de alimentación desordenada, particularmente TpA.

— SC

También en esta edición

- Actualización: El Topiramato Puede Disparar los Síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria
- Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria
- La Maniobra de Heimlich, Pero con un Nuevo Giro
- Seguimiento del Síndrome de Comedor Nocturno
- La Saliva Podría Contener Pistas para Trastornos de la Conducta Alimentaria SubDiagnostificados
- Terapia Familiar Intensiva de Corta Duración
- Una Nueva Escala Mide la Restricción Compulsiva de Comida
- El Tratamiento Ambulatorio, desde el punto de Vista del Paciente Adolescente
- Figura Corporal Favorita de Televisión de los Adolescentes: Delgada
- P&R: Diabetes Tipo 2 y Trastornos de la Conducta Alimentaria

EN LA PROXIMA EDICION DE JULIO-AGOSTO

- **Trastornos de la Conducta Alimentaria Comórbidos y Trastorno de Estrés Posttraumático: Etiología e Implicaciones de Tratamiento**

Por Karen S. Mitchell, PhD

Women's Health Sciences Division, National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, and Department of Psychiatry, Boston University School of Medicine

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen altos rangos de comorbilidad con otros trastornos, incluyendo el TEPT. Sin embargo, hasta la fecha no hay tratamientos establecidos para TCAs y TEPT comórbido. A través de detalladas evaluaciones psiquiátricas, incluyendo evaluación de historia de trauma, en pacientes con TCA, podemos ayudarnos a determinar el papel que juega el trauma, si es que tiene un rol, en el desarrollo del TCA en los pacientes.

ADEMÁS

- Terapia de Magnificación para Pacientes Hospitalizados con Anorexia Nervosa
- Un Modelo de Riesgo y Mantenimiento para la Bulimia Nervosa
- Riesgo Genético Compartido, Suicidalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Y mucho más...

Reprinted from: *Eating Disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com