
Eating Disorders Review

July/August 2015

Volume 26, Issue 4

Scott Crow, Editor-in-Chief

Subiéndose en la Báscula: No es un Proceso tan Simple

Identificando y Superando la Resistencia del Paciente y el Terapeuta por igual

Dos psicólogos británicos presentan un análisis fascinante de un paso aparentemente simple y rutinario en el tratamiento que en realidad es muy complejo: pesar a los pacientes. Los doctores Glenn Waller y Victoria A. Mountford de la Universidad de Sheffield, Sheffield, Reino Unido, y el Kings College, Londres, se centraron en los protocolos actuales para el pesaje de los pacientes durante la terapia cognitivo-conductual, o TCC (Behaviour Research and Therapy 70 (2015), 1-10).

Un punto de partida para su investigación fue la marcada variabilidad en las terapias basadas en la evidencia, en particular las estadísticas que muestran que menos del 40% de los médicos de TCC pesan rutinariamente a sus pacientes de TCC (Int J Coma Disord 2014 diciembre 12. doi: 10.1002 / eat.22369. [Epub ahead of print]. Y, los autores encontraron que un número considerable de los médicos creen que no deben compartir información de peso con los pacientes. Otra cuestión es que muchos protocolos no abordan directamente cómo, cuándo y por qué los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria deben ser pesados.

Cuatro razones por las que los pacientes deben ser pesados rutinariamente

Los doctores Waller y Mountford citaron cuatro razones principales para que los terapeutas de TCC pesaran a sus pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: para la seguridad del paciente, para comprender los patrones de alimentación del paciente, para reducir la ansiedad y la evitación del paciente, y para modificar la "cognición rota" o desconexión del paciente acerca de la relación entre comer y aumento de peso.

¿Cuál es la mejor manera de sopesar los pacientes de TCC? Una sugerencia es presentar el acto de medir el peso simplemente como parte del programa terapéutico, a partir de la evaluación y la primera sesión de terapia. La presentación de un peso como parte racional y no negociable de la terapia va a funcionar con la mayoría de los pacientes, según los autores, y sólo unos pocos cuestionan la justificación para ello (es decir, "Mi último terapeuta no me pesaba"). La exploración de las razones para el cambio de peso ayudará a los pacientes ver tales fluctuaciones en el peso como un proceso lento y aburrido y para entender que la mayoría de las personas ganan o pierden hasta 2 libras, incluso durante el día. Para los pacientes anoréxicos, es importante discutir la planeación del objetivo de aumento semanal del peso e incluir esto en las predicciones y evaluaciones futuras, según los autores. Otra sugerencia de los Drs. Waller y Mountford es que la medición de peso se presenta como una colaboración entre el paciente y el terapeuta.

El proceso del pesaje

Algunas sugerencias incluyen recordar al paciente - antes de pesarse en la báscula - que esto es sólo una

de las cuatro medidas de peso utilizadas para establecer un peso promedio. Otra sugerencia es que el paciente y el terapeuta vean el peso de la báscula al mismo tiempo. Entonces, cualquiera que sea el peso y lo que la reacción del paciente, el objetivo es tratar el cambio de peso como un problema a largo plazo y no para emocionarse en el corto plazo.

La transparencia es importante, y el peso debe ser compartido con el paciente y copias de cada pesaje mantenido tanto por el terapeuta y el paciente. Los autores sugieren que se incluyan dos líneas en el gráfico, el peso real, aumentada con una línea media cada 4 semanas y el peso acumulado. A continuación, los resultados después de 4 semanas, como se indica en la tabla de peso, se pueden utilizar para desafiar las creencias falsas, lo que permite al clínico para subrayar la diferencia entre las creencias del paciente por aumentar de peso y el impacto real de la alimentación. Así, la 'cognición rota' se repara con constante, repetido enfoque en el enlace alimentación-peso. Luego, al final de la sesión, la planificación de la ingesta de alimentos (exposición a 'alimentos temidos,' experimentos de comportamiento) y los comportamientos relacionados (reducción de conductas de purga) debe estar vinculado al paciente para predecir el cambio de peso probable como resultado. Esta predicción se repite al comienzo del proceso de pesaje en la próxima sesión, que ayudará a lidiar con el hecho de que la predicción alimenticia del paciente al final de la sesión podría no ser lo que realmente se come durante la semana de intervención.

Resistencia del paciente y justificaciones del terapeuta

A veces no es sólo el paciente quién es reacio sobre el proceso de pesaje. Algunos médicos son reacios a sopesar los pacientes, incluso cuando no se muestra ninguna reticencia a acercarse a la báscula. Las justificaciones de los terapeutas para no pesar pacientes son representativas de la creencia de que esto va a arruinar la relación terapéutica. O, tales justificaciones muchos reflejan una actitud que el paciente se suele pesar por otra persona de todos modos, o que el paciente ya se ha pesado a sí misma antes de la sesión, o la creencia de que el peso se puede juzgar por los ojos, o simplemente no hay suficiente tiempo para hacerlo."

Los autores también encontraron que algunas organizaciones tienen políticas sobre pesar los pacientes que están en contra de la entrega efectiva de la TCC. Algunos ejemplos cotidianos incluyen pesar a los pacientes, pero no revelar el peso o pidiendo a otros médicos a pesar los pacientes, pero entonces sólo pidiendo una actualización cuando se identifica un riesgo sustancial. Algunos grupos requieren que un paciente se pese solamente por un médico específico y sólo en un día particular, por lo que es imposible que un terapeuta pueda pesar un paciente durante la terapia.

Adaptaciones para grupos específicos

Ciertos grupos de pacientes, incluyendo pacientes hospitalizados, pacientes con un alto grado de vergüenza por su peso, los pacientes con obesidad mórbida, y aquellos con complicaciones médicas, necesitarán adaptaciones especiales para el pesaje. Por ejemplo, en niveles extremos, la vergüenza relacionada con su peso puede interferir con la alianza terapéutica y con la capacidad del individuo para participar en la terapia.

Por último, los Drs. Waller y Mountford sugieren que debido a la diversidad de las prácticas actuales, la investigación futura debería estudiar el impacto de los médicos en formación en el uso apropiado de pesaje. Una segunda área de investigación implica la necesidad de pruebas específicas de que un pesaje es una parte necesaria de la TCC. Según los autores, el objetivo general sería establecer protocolos que sean claros acerca de si o no pesar pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y cuándo y cómo hacerlo.

Probando Dos Abordajes de Tratamiento y la Alianza

Terapéutica

Nueva información surge sobre la dirección causal del tratamiento para los pacientes con bulimia nervosa.

La importancia de una fuerte alianza terapéutica para un buen resultado en el tratamiento de la bulimia nervosa (BN) fue enfatizado recientemente en resultados de un estudio de dos sitios de 80 adultos (J Consult Clin Psychol. 2015. 83:637). El estudio examinó si la alianza terapéutica afectó el resultado en dos tratamientos psicossomáticos.

Los adultos, los cuales tenían diagnósticos DSM-5 de BN o BN parcial (episodios de atracones subjetivos en lugar de objetivos), fueron asignados al azar a la terapia cognitiva-afectiva integrativa (ICAT) o a la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E). ICAT, un enfoque de tratamiento recientemente desarrollado, hace hincapié en el papel de la emoción en la conducta bulímica y también sostiene que la conducta bulímica regula la emoción. Por lo tanto, las intervenciones están dirigidas a identificar las señales de los atracones y encontrar formas de ayudar a los pacientes a controlar los impulsos al atracón. ICAT tiene como objetivo el identificar las señales de patrones alimentarios compulsivos e intenta modificar los comportamientos que conducen a emociones negativas. TCC-E es una versión revisada de TDC para la BN que utiliza la psicoeducación, autocontrol, y la exposición de comportamiento para normalizar los patrones de la alimentación y trata de modificar la cognición, especialmente la sobrevaloración de forma y peso. En este estudio, ambos grupos tuvieron sesiones de tratamiento de 50 minutos por 17 semanas.

En cada sesión y al final del tratamiento, los síntomas bulímicos, tales como la frecuencia de atracones y purgas, fueron evaluados. La alianza terapéutica se midió en las sesiones de 2, 8, y 14, y 1 semana después de la finalización del tratamiento.

La importancia de las propias características del paciente

La mayoría de los 80 participantes eran blancos (88%) y mujeres (90%); la edad media fue de 27 años y el índice de masa corporal (IMC) medio fue 23.9 kg/m². Los autores encontraron que los pacientes reportaron fuertes alianzas terapéuticas que fueron estables con el tiempo; sin embargo, las alianzas terapéuticas generales fuertes condujeron a una mayor reducción de los síntomas de BN. A su vez, una mayor reducción en los síntomas de BN predijo una mejor alianza terapéutica. Por ejemplo, una mayor depresión, ansiedad y desregulación emocional se asociaron con una menor alianza global. Hubo interacciones entre variables psicológicas y alianza coexistentes. Los participantes con menos síntomas reportaron fuertes alianzas terapéuticas generales en el grupo ICAT, mientras que aquellos con mayor sintomatología reportaron fuertes alianzas terapéuticas generales en TCC-E.

Los resultados sugieren que una mejor alianza terapéutica conduce a la reducción de los síntomas de BN, que luego conduce a mejoras en la alianza. Los autores señalan que el pequeño tamaño del estudio (80 pacientes y 4 terapeutas) limita la capacidad del estudio para hacer frente a la importancia de las contribuciones individuales del paciente y el terapeuta a la alianza. No obstante, los resultados enfatizan el valor de una fuerte alianza terapéutica.

Comparando Costos Sanitarios en el Sistema VA (Administración de Veteranos)

En una comparación de pacientes con TpA (Trastorno por Atracón) y TCANES (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado) y aquellos sin algún

trastorno de la conducta alimentaria, los costos fueron más altos para el cuidado de pacientes con TpA.

Los costos sanitarios son altos para los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, pero la mayoría de la investigación en esta área se ha limitado a la evaluación de los costos de la atención de pacientes con AN y BN. Cuando un equipo comparó los costos de atención de la salud de un año y el uso de los centros de salud para pacientes con trastorno por atracón (TpA), las personas con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANES), y los pacientes de control sin un trastorno de la conducta alimentaria, los gastos de TpA y TCANE eran muy por encima de aquellas personas sin trastornos de la conducta alimentaria (*Int J Eat Disord.* 2015, May 8, doi:10.1002/eat.22427. [Epub ahead of print])

Brandon K. Bellows, PharmD, del Sistema de Salud VA de Salt Lake City, Salt Lake City, UT, y sus colegas investigadores primero identificaron pacientes con TpA o TCANES desde notas clínicas del 2000 al 2011 de la base de datos de historiales médicos electrónicos del Departamento de Asuntos de Veteranos. Fueron comparados los pacientes hospitalizados, ambulatorios, farmacia, y los costos generales totales.

Los costos medios totales de un año no ajustados fueron de \$33,716 para los pacientes con TpA, \$37,052 para pacientes solamente con TCANES, y \$19,548 dólares para los pacientes sin trastornos de la conducta alimentaria. Después de ajustes estadísticos por las características del paciente, los pacientes de TpA tenían los costos sanitarios totales de un año que eran \$5589 superiores a los de TCANES y \$18,152 dólares más alto que para los pacientes sin trastornos de la conducta alimentaria.

Una parte importante de este estudio es que los grupos TpA y no TCA fueron agrupados por el índice de masa corporal (BMI, kg/m²). Esto ayuda a hacer frente a la cuestión de si las complicaciones y los costos asociados con TpA son simplemente debido a la obesidad; estos resultados sugieren que no lo son.

Terapia de Aumento para Pacientes Hospitalizados con Anorexia Nervosa

Dos antipsicóticos atípicos potencializaron los efectos de los SSRIs.

Los tratamientos eficaces para adultos con AN continúan siendo elusivos, y los resultados de tratamientos farmacológicos han sido particularmente desalentadores. Recientemente, los investigadores en Italia han reportado que la potencialización de la terapia con SSRI con un antipsicótico atípico, aripiprazol, ayudó a reducir obsesiones y compulsiones alimenticias entre un grupo de pacientes hospitalizados con AN (*PLOS One* doi:10.1371/journal.pone. 0125569 April 29, 2015).

La Dra. Enrica Marzola y sus colegas en el Centro de Tratamiento e Investigación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Universidad de Turin, Turin, Italia, revisaron el uso de los antipsicóticos atípicos olanzapina y aripiprazol como agentes de potencialización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) en pacientes adultos hospitalizados con AN. Los autores seleccionaron los dos antipsicóticos atípicos basados en la neurobiología de la AN. Esto incluyó alteraciones de la dopamina y serotina en pasajes al cerebro; las propiedades de bloqueo a la dopamina de estos agentes; peso y forma del cuerpo; y sus efectos positivos en la seguridad, ansiedad, psicopatología alimentaria, y en la depresión. Los autores también observaron que uno de los efectos de algunos antipsicóticos atípicos es el aumento del apetito y la ingesta de alimentos, aumentando el peso.

La Dra. Marzola y su equipo crearon la hipótesis de que la potencialización del tratamiento con SSRIs con antipsicóticos atípicos podría ser más eficaz que la monoterapia con SSRI, particularmente en el caso con

pacientes con depresión y desórdenes obsesivo-compulsivos. Para estudiar esto, los autores hicieron una revisión retrospectiva de los pacientes hospitalizados en su centro de los trastornos de la conducta alimentaria entre enero del 2012 y mayo del 2014.

Todos los sujetos fueron evaluados con la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV y se incluyeron en el estudio sólo si tenían AN. Además, todos los participantes habían estado tomando un SSRI por al menos 6 semanas en la admisión y tenían olanzapina o aripiprazol añadidos como terapias de aumento mientras estaban hospitalizados. Se excluyeron los pacientes que estaban recibiendo una categoría diferente de antidepresivo, o que habían usado en su vida cualquier tipo de antipsicótico o estabilizador del estado de ánimo, o que hubiera estado hospitalizado debido a un trastorno comórbido del Eje I, o con ciertas comorbilidades médicas.

Las medidas incluyeron el índice de masa corporal (IMC, kg/m²), la incidencia semanal de comportamientos por atracón/purga, incluyendo el uso de diuréticos o laxantes, y la cantidad de ejercicio físico diario. La ansiedad y la depresión se midieron con Las Escalas de Hamilton para la Ansiedad y Depresión y la Escala de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Yale-Brown-Cornell.

Se revisaron 187 expedientes, dando un último grupo de 75 pacientes. La edad promedio fue de 25 años de edad; el IMC promedio fue de 13,9 y la duración promedio de la enfermedad fue de 6,9 años. Todos los pacientes estaban recibiendo los SSRIs (sertralina, citalopram, escitalopram, 0 fluoxetina) cuando fueron admitidos en el centro de tratamiento. Después del análisis, tres grupos de tratamiento surgieron: el 32,9% se mantuvo en los SSRIs como monoterapia; 32,0% recibieron aripiprazol adyuvante; y el 35,5% recibió olanzapina adyuvante.

Surgieron Diferencias en los Grupos de Tratamiento

Si bien la muestra no fue al azar a la condición del tratamiento, no hubo diferencias por edad, sexo, índice de masa corporal, o por un subtipo de AN, duración de la enfermedad, ejercicio, o uso de diuréticos. Mejoras significativas surgieron en los tres grupos de tratamiento. Aquellos en el grupo de aripiprazol tuvieron una mejoría significativamente mayor en la puntuación global y ambas subescalas de la Escala de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Yale-Brown-Cornell a comparación con los otros dos grupos de tratamiento.

Es evidente que existen limitaciones a este estudio (incluido el pequeño tamaño de la muestra y la falta de asignación al azar, por ejemplo). Sin embargo, los resultados apoyan la continua investigación del aripiprazol. También pueden encontrar una manera de concebir el papel de los medicamentos en AN al atacar síntomas individuales (en este caso, las cogniciones relacionadas con la disfunción eréctil y la rigidez) a comparación de atacar la AN en su conjunto.

Los Padres Cuidadores Necesitan TLC también.

Cuatro áreas de necesidad se destacaron en un pequeño estudio en Irlanda.

Servir como un cuidador tiene desafíos; ser un cuidador de un adolescente con anorexia nervosa (AN) puede ser aún más difícil de lo habitual. Los padres de los pacientes con AN se enfrentan al estigma, la falta de acceso a los servicios, la ignorancia acerca de la AN, y a un apoyo limitado. Un reciente estudio piloto por dos investigadores del Trinity College y del Servicio de Salud Mental de San Patricio, Dublín, Irlanda, examinó algunas de estas cuestiones (Arch Psychiatr Nurs 2015.. 29: 143).

Cuatro temas clave

Carol McCormack y Edward McCann descubrieron cuatro temas clave cuando reclutaron a un pequeño

grupo de padres de adolescentes con AN que estaban siendo tratados en una clínica ambulatoria en Irlanda.

La primera área de preocupación tenía que ver con el entorno familiar, donde los padres informaron que "todos los aspectos de la vida familiar se vieron afectados" por la enfermedad. Mientras que las familias sintieron que la enfermedad había inicialmente "tomado" la familia, esta sensación se desvaneció gradualmente a medida que el adolescente comenzó a recuperarse. La comunicación dentro de la familia, incluida la forma en que el joven paciente debe ser "manejado" o supervisado, y los conflictos sobre el estigma y la culpa eran todos temas importantes.

Una segunda área de preocupación es el impacto psicosocial a los padres, sobre todo componentes sociales, técnicos, y emocionales. Las restricciones a las comidas en familia fuera de casa eran una fuente de frustración, como las comidas tienden a limitarse a los ajustes que sean aceptables para los adolescentes. Uno de los hallazgos fue que los padres que pasaron más tiempo en casa reportaron un mayor número de alteraciones significativas que hicieron los que trabajaban fuera del hogar.

La tercera área de preocupación rodeaba la calidad de la atención y las experiencias a veces negativas con los servicios disponibles. Algunos padres y sus hijos habían ido con los médicos generales que habían descartado los problemas del adolescente o no parecían al tanto de opciones de tratamiento disponibles, y otros padres y adolescentes fueron frustrados por las demoras en la búsqueda de ayuda adecuada. Una cuarta área era la necesidad de obtener más información o derivación a un grupo de apoyo, que los padres sintieron que habría sido muy beneficioso para ellos.

Por último, a pesar de los retos de la prestación de cuidados, los padres también articulan claramente que eran capaces de reconocer los aspectos positivos de la enfermedad, incluyendo la esperanza de recuperación, desarrollo de la fuerza interior y la mejora de la comunicación familiar.

Los investigadores destacaron que sus resultados del estudio apuntan a una necesidad urgente de información y apoyo para los padres, para que puedan hacer mejor frente a un niño con un trastorno de la conducta alimentaria. Además, señalaron que los profesionales en áreas que no son especialistas también pueden beneficiarse de la capacitación adicional.

Realimentación Obligatoria para Pacientes Gravemente Enfermos con AN

Medidas extremas funcionaron para un grupo de pacientes en estado crítico

Los tratamientos eficaces para la AN son muy necesitados, sobre todo para los adultos, según Christoph Born, MD, y un equipo de la Universidad Ludwig-Maximilians en Munich, Alemania. Estos investigadores describieron recientemente el enfoque novedoso e intensivo de su grupo para los pacientes gravemente enfermos con AN, un programa que involucra la hospitalización obligatoria, la tutela, y para algunos, la instalación de un tubo de alimentación gástrica percutánea (BMC Psiquiatría 15:57, 2015.).

Un grupo de estudio con muy bajo peso corporal

Los autores trabajaron en un grupo de 68 pacientes con AN que estaban muy severamente inferior al peso normal y que habían sido admitidos al hospital entre el 2000 y el 2013; la recaída y la remisión eran comunes. El 75% de los participantes tenían un IMC menor de 13 kg/m² en su admisión. La tutela legal se estableció sobre la base de la ley Bávara. A los pacientes se les ofreció comidas regulares y un tubo de alimentación gástrica percutánea fue recomendado (el 84% de ellos lo recibieron).

Se pensó que el tubo de alimentación percutánea tenía varias ventajas sobre un tubo nasogástrico, incluyendo el evitar daños en la nariz o en el tracto GI superior. Además, los pacientes fueron capaces de tomar alimentos por vía oral, y el tubo podría ser utilizado para la alimentación suplementaria. Otras consideraciones importantes fueron disminuyendo potencialmente las posibilidades de que los pacientes pudieran manipular o retirar el tubo y minimizar el estigma. Todos los pacientes con AN fueron obligados a participar en las comidas comunes en la sala. Se proporcionó alimentación por sonda gástrica con una solución de alto valor calórico (hasta 300 kcal por día) de forma individualizada. El objetivo principal era el ayudar a los pacientes a alcanzar un IMC de 17 al ganar de 700 a 1000 g por semana.

La alimentación por sonda se detuvo una vez que el paciente alcanzó un IMC de 17, y el tubo de alimentación se retiró después de que el peso corporal se hubiera mantenido estable durante 2 semanas. Entonces se arreglaron los cuidados posteriores en un entorno especializado de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

¿Fue eficaz el programa extremo?

El Dr. Born informó que el 84% de los pacientes tenían una sonda de alimentación gástrica percutánea implantada; 3 tenían sondas nasogástricas insertadas; y 8 no tenían ninguna debido a contraindicaciones. La media de IMC al ingreso fue de 12.3, y esto aumentó a una media de 16.7 al alta. La duración de la enfermedad era más corta y el aumento de peso durante el tratamiento fue mayor en aquellos con el tipo de AN restrictiva (grupo ANR) que en aquellos con el tipo de AN de atracón-purga (grupo ANBP).

El tratamiento duró significativamente más tiempo en aquellos con los tubos de alimentación, pero aquellos que no tuvieron un tubo de alimentación eran más jóvenes, habían estado enfermos durante menos tiempo (7.3 vs 9.9 años), y tenían un IMC de ingreso un poco más alto. Los pacientes que alcanzaron la meta IMC de 17 fueron alentados activamente a buscar terapia adicional. Aquellos con ANBP eran más propensos que los pacientes con ANR a buscar tratamiento en un hospital psicoterapéutico o psiquiátrico.

Los autores concluyeron que los pacientes con AN severa pueden ser tratados con éxito utilizando un régimen de alimentación de tutela y la alimentación con tubo como el suyo. Añadieron, sin embargo, que poco se sabe sobre el resultado a largo plazo de los pacientes con AN después de que se hubieran completado los programas de realimentación, y notan correctamente que la cantidad de la duración del cambio cognitivo se desconoce. Por otra parte, el objetivo de IMC (17) representó un cambio clínicamente significativo en este grupo gravemente enfermo, pero seguía siendo un objetivo IMC muy bajo.

Los autores referenciaron un programa anterior de seguimiento de 13 años de 484 pacientes adultos con AN en el que el 60.3% de los pacientes se habían recuperado totalmente, el 25.8% tuvieron buenos resultados, el 6.4% tuvieron malos resultados, el 6.4% tuvieron un resultado grave, y el 1.2% habían muerto (Diabetes Metab 2011; 37:305). En ese estudio, 8 factores estaban relacionados con la falta de recuperación a los 2 años: IMC bajo al ser dado de alta, baja energía y baja ingesta de grasa, búsqueda incesante por un exceso de ejercicio, alto grado de perfeccionismo, desconfianza interpersonal y ansiedad, el uso de la alimentación por sonda, y la mala adherencia al tratamiento.

Identidad de Género y Patología Relacionada con la Alimentación

Los jóvenes transexuales estaban en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Las personas transexuales tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la utilización de conductas compensatorias, según los resultados de una gran encuesta nacional de estudiantes universitarios. El estudio, que se cree que incluyó el mayor número de participantes transexuales en ser consultados acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y conductas compensatorias de la alimentación, incluyó 289.024 estudiantes de 223 universidades de Estados Unidos que eran participantes en el American College Health Association-National College Health Assessment II (J Adolesc Salud. 2015;. doi.org/10.1016/j.jadoleshealth2015.03003 [Epub antes de imprimir]).

Como el Dr. Elizabeth W. Diemer, de la Escuela de Medicina de St. Louis, y sus colegas de la Universidad de Washington han informado anteriormente, la investigación cualitativa sugiere que las personas transgénero pueden experimentar insatisfacción corporal a un nivel mayor de lo normal, y por lo tanto pueden estar en mayor riesgo de un trastorno de la Conducta Alimentaria (Int J Coma Disord 2002; 32: 473; Int J Coma Disord 1998; 24: 449). A pesar de ello, los autores señalan que los resultados de los estudios empíricos de las asociaciones entre los transexuales y los trastornos alimentarios han sido inconsistentes (Eat Weight Discord. 2013; 3:18).

Hasta la fecha, sólo un estudio ha investigado las asociaciones entre la identidad de género y los trastornos de la conducta alimentaria entre los grupos transgénero y cisgénero derivados de la misma población de origen (cisgénero es lo contrario de transgénero, o tener una identificación sexual actual que coincide con el género asignado al nacer). Ese estudio, realizado entre gemelos finlandeses y sus hermanos, utilizó "identidad de género conflictiva" en vez de un estatus transgénero auto-identificado (Roles Sexuales 2010; 63: 118.). Los resultados indicaron que las mujeres con "identidad de género conflictivo" tuvieron mayor puntuación EAT en la escala que lo hicieron sus contrapartes sin conflicto de género.

Los estudiantes que participaron en el estudio de la Dra. Diemer y colegas tenían una edad media de 20 años y fueron encuestados entre el otoño de 2008 y el otoño de 2011. Se le pidió a los estudiantes en clases seleccionadas al azar completar la encuesta en papel o un enlace a la encuesta en la Web era enviado a una muestra aleatoria de alumnos matriculados. El cuestionario ACHA-NCHA recopiló información anónima acerca de la salud mental, abuso de sustancias, el comportamiento sexual y la nutrición. En la sección demográfica del cuestionario, se les hizo a los estudiantes varias preguntas relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género.

Para el presente análisis, la información sobre la identidad de género y orientación sexual se combinó en una variable de siete niveles: transexual, minoría sexual cis-género (SM) hombres, los hombres cisgénero inseguros, los hombres heterosexuales, cisgénero mujeres SM, mujeres cisgénero inseguras y mujeres heterosexuales cisgénero. Las mujeres heterosexuales cisgénero sirvieron como grupo de referencia, ya que la mayoría de la literatura existente en TCA se centra principalmente en ellos. Debido a un número relativamente bajo de los encuestados transexuales (n = 479), se analizaron como un único grupo.

Un pequeño número se auto-identifica como transgénero

De los casi 300.000 participantes 0.17%, o 479, se identificaron como transgénero; 2.0% (n = 5977) se identificaron como cisgénero SM; 0,58% (n = 1662) se identificaron como hombres cisgénero inseguros; y el 32% (n = 91.599) se vió a sí mismo como hombres heterosexuales cisgénero. Entre las mujeres, el 3% (n = 9445) se identificó como cisgénero SM; 1% (n = 3.395) como mujeres inseguras cisgénero; y 61% (n = 176.467) como mujeres heterosexuales cisgénero. La mayoría de los participantes eran de origen europeo, y casi todos eran estudiantes de tiempo completo.

Aproximadamente el 2% de la muestra había recibido un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria durante el pasado año. En el último mes el uso de los vómitos o laxantes fue reportado por el

3% (n = 8.054), mientras que las píldoras de dieta fueron utilizadas por el 3%. La tasa más alta de auto-reporte de diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y el consumo durante el mes de píldoras de dieta y el vómito o uso de laxantes se encontró entre los estudiantes transgénero. El diagnóstico de TCA en el pasado año fue más común en hombres minoría cisgénero y hombres y mujeres cisgénero inseguros de su orientación sexual que en mujeres heterosexuales.

Algunas de las posibles razones de que haya mayor riesgo entre los pacientes transexuales

Hay varios factores que podrían ayudar a explicar los resultados, según los autores. Las personas transgénero pueden utilizar comportamientos alimenticios desordenados para suprimir o para acentuar determinadas características de género. El estrés de la minoría también se ha identificado como un factor potencial en la asociación entre la identidad transgénero y trastornos de la conducta alimentaria. Entre personas lesbianas, gays, y bisexuales, una fuerte conexión se ha establecido entre los niveles más altos de estrés minoritario y peores resultados de salud mental (Am J Public Health 2001; 91:. 927). Los estudiantes transgénero que no están seguros de su orientación sexual pueden experimentar más estrés por minoría, y así tener un mayor riesgo de trastornos alimentarios. Por último, un estudio anterior mostró que el 75% de los participantes transgénero había recibido asesoramiento para sus problemas de identidad de género (National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; Washington, DC, 2001). Este nivel de contacto con los médicos de salud mental proporcionaría más oportunidades de hacer un diagnóstico TCA.

La Dra. Diemer y sus colegas creen que sus hallazgos del estudio pueden servir como "un punto de partida importante para futuras investigaciones" en el aumento del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre las personas transgénero. Los autores están en lo correcto en que los estudios longitudinales con evaluaciones más completas ayudarán en el desarrollo de enfoques eficaces, de prevención orientada y de tratamiento.

Respuestas Alteradas de Endocannabinoides a la Alimentación Hedónica detectadas entre los pacientes con AN

La desregulación fisiológica puede ser la culpable.

Dos componentes principales manejan la conducta alimentaria: el mantenimiento del balance energético (alimentación homeostática) y las cualidades gratificantes o placenteras de la alimentación (alimentación hedónica). Los investigadores italianos han descubierto lo que podría ser un mecanismo de recompensa disfuncional en un pequeño estudio de 7 pacientes bajo el peso normal y 7 pacientes restaurados del peso con anorexia nerviosa (AN) (Am J Clin Nutr 2015 101:. 262).

Los endocannabinoides son un conjunto de sustancias de origen natural del cerebro que impactan el estado de ánimo, el aprendizaje, el apetito y la plasticidad del cerebro. La ingestión de alimentos es controlada periódicamente por el sistema endocanabinoide. Como el Dr. Alessio Maria Monteleone y sus coautores señalan, en particular, los endocannabinoides hipotalámicos y mesolímbicos se producen después de la privación de alimentos y aumentan el apetito al estimular vías neuroquímicas que subyacen tanto a la alimentación homeostática como a la hedonista.

En un estudio anterior de los mismos investigadores, la alimentación hedónica en sujetos sanos aumentó las concentraciones de grelina y 2-araquidonoilglicerol, lo que sugiere que estos dos marcadores modularon la recompensa relacionada con los alimentos (J Clin Endocrinol Metab 2012; 97:. E917). En el estudio presente, los autores investigaron una vez más la modulación fisiológica de la recompensa

relacionada con los alimentos, pero esta vez estudiaron pacientes con AN activa y pacientes restaurados del peso con AN. Los autores evaluaron las respuestas de endocannabinoides periféricos a la alimentación hedónica en estos pacientes, y se compararon estos niveles a los establecidos en los participantes sanos estudiados previamente. También se midieron los niveles de otros mediadores, entre ellos dos receptores cuya activación, en oposición a la de canabinoide-1, pueden reducir la ingesta de alimentos y la recompensa.

Los pacientes con AN que fueron admitidos consecutivamente a la unidad de pacientes hospitalizados con trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Garda Villa, Nápoles, Italia, fueron seleccionados para el estudio. Todos los seleccionados para el estudio cumplen los criterios del DSM-IV para el pasado o presente AN.

Para probar la alimentación hedónica y no hedónica, antes de la primera sesión se le pidió a todo participante el indicar su comida favorita, un alimento que comería sólo por placer, incluso cuando estuviera llena. A través de una serie de pasos, incluyendo un ayuno de 12 horas, los participantes calificaron su hambre y la saciedad en una escala analógica visual. Las muestras de sangre fueron sacadas inmediatamente después de la exposición a la comida favorita y dentro de 10 minutos después de que los individuos hubieran comido libremente sus alimentos favoritos. En el segundo procedimiento, los participantes fueron expuestos a un alimento no-favorito y tuvieron que comer una cantidad equivalente de la misma.

Resultados Inesperados

Sorprendentemente, tanto en la sesión de alimentación hedónica como en la no hedónica, no surgió diferencia significativa entre los grupos en las puntuaciones del hambre, la saciedad, impulso a comer, o en lo agradable de experimentar un bocado de la comida presentada y la cantidad de alimento que cada participante comería. En todos los grupos, las puntuaciones de hambre y saciedad antes de la alimentación hedónica no difieren de los de antes de la alimentación no hedónica, mientras que las puntuaciones de las ganas de comer, lo agradable de experimentar un bocado de la comida presentada, y la cantidad de alimentos ingeridos fueron significativamente mayores antes de comer el alimento favorito que antes de comer el alimento no-favorito.

Cuando los autores compararon los resultados de su estudio de pacientes de AN de bajo peso y peso restaurado a los niveles anteriores establecidos de controles sanos de peso normal, se encontraron concentraciones plasmáticas alterados de 2-araquidonoiglicerol después de la alimentación hedónica en ambos grupos de pacientes con AN.

Estos resultados deben ser replicados y extendidos, pero apoyan la idea de que las respuestas del sistema endocanabinoide para la alimentación hedónica parecen ser perturbados y pueden desempeñar un papel en la AN.

La Nutrición y la Ingesta de Comida en Mujeres con Anorexia Nervosa

El asesoramiento debe abordar la ingesta total.

La restricción dietética prolongada está en el corazón de la AN, y el asesoramiento y el tratamiento nutricional son esenciales. Sin embargo, obtener una imagen precisa de la ingesta de nutrientes de un paciente de AN no es nada fácil, y es a menudo propenso a errores, según Susan K. Ratz, del Centro de la Investigación Humana del USDA, Grand Forks, Dakota del Norte, y sus colegas de la Universidad de Minnesota, la Universidad de Dakota del Norte, el Instituto de Investigación de Neuropsiquiatría, Fargo,

Dakota del Norte, y la Universidad de California-San Francisco. La Dra. Raatz señala que la atención se ha centrado en el consumo reducido de energía y macronutrientes, mientras que pocos estudios han descrito la ingesta total de micronutrientes en pacientes con AN.

La Dra. Raatz y sus colegas evaluaron el total reportado de energía y la ingesta de nutrientes en una muestra de mujeres de 19 a 30 años de edad, en los tipos de AN tanto de restricción como de atracón-purga (Nutrientes 2015. 7: 3652). Luego compararon sus resultados con la ingesta reportada de un grupo representativo de las mujeres que participaron en la parte "Lo que comemos en América" de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES) 2011-2012. Los participantes con cualquier tipo de AN, fuera AN tipo atracón-purga o de tipo restrictiva, fueron evaluados con entrevistas estructuradas, y se determinaron sus IMC.

Para obtener información detallada de una dieta de 24 horas, todos los participantes fueron encuestados en entrevistas telefónicas en tres ocasiones separadas por entrevistadores entrenados utilizando una entrevista nutricional estructurada, el NDS-R. Para proporcionar una comparación, la ingesta de nutrientes de las mujeres no embarazadas de entre 19 a 30 años fue derivado de la encuesta 2011-2012 WWEIA / NHANES.

La edad media de los participantes fue de 22,5 años, y la media del IMC fue de 17,2 kg / m². El consumo de la mayoría de los nutrientes fue insuficiente, pero algunos de los participantes reportaron niveles altos de ingesta en comparación con los niveles de Referencia de la Ingesta Alimentaria. Algunos participantes pueden haber registrado erróneamente su consumo debido a que la ingesta reportada para algunos superó las necesidades energéticas estimadas, a pesar de que estos participantes mantuvieron muy bajo peso corporal.

Los autores sugieren que el asesoramiento para pacientes con AN se centre en la ingesta total de alimentos, para mejorar la ingesta de energía y disminuir las brechas individuales en la nutrición.

Crítica del Libro: Cuidados Críticos para la Anorexia Nervosa: Las Guías MARSIPAN en la Práctica.

(Paul H. Robinson y Dasha Nicholls, Eds. Springer International Publishing, Switzerland, \$109)

Este pequeño volumen recientemente publicado es una maravillosa adición a la estantería y la literatura relacionada con la anorexia nervosa. El libro se basa en el trabajo del Grupo de Guías del MARSIPAN (Manejo de Pacientes Realmente Enfermos con Anorexia Nervosa). Es muy fácil de leer y está bien organizado.

Un capítulo introductorio ofrece una serie de viñetas de casos que describen los problemas encontrados en el tratamiento de individuos gravemente enfermos con AN, lo que será muy familiar para profesionales que tratan pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Después se encuentran dos capítulos sobre el enfoque a pacientes niños y adolescentes y otros dos con respecto al tratamiento de los pacientes adultos. En cada caso, hay un capítulo principalmente enfocado en una perspectiva de salud mental y otro desde una perspectiva de la atención médica. Por último, existe un interesante capítulo sobre los aspectos jurídicos y éticos del tratamiento de pacientes con AN severa.

Este libro tiene una serie de aspectos muy útiles. Por ejemplo, los lectores encontrarán una discusión detallada y reflexiva sobre el papel de la alimentación por sonda nasogástrica, tanto en lo que respecta a los pacientes adolescentes como a los adultos. Los capítulos orientados en la pediatría y la medicina proporcionan discusiones a fondo de los enfoques a problemas médicos encontrados en personas con AN

severa, y claramente reflejan un amplio conocimiento y experiencia por parte de los autores. El tema de síndrome de realimentación es muy importante cuando se tratan personas con AN severa, y eso está bien cubierto. Otro aspecto muy útil de este libro es que también se discute la "cuestión de la subalimentación" (que proporciona calorías muy por debajo de lo que sería tolerado y necesario para la recuperación). El formato incluye muchos casos descriptivos e iluminadores. Por último, el capítulo sobre cuestiones éticas incluye un apéndice que proporciona un marco que podría ser utilizado para tratar de evaluar la capacidad de toma de decisiones en la AN.

El tratamiento de los individuos con AN grave es uno de los grandes desafíos de hacer el trabajo de los trastornos de la conducta alimentaria, y este volumen ofrece una guía muy útil para esta tarea

— SC

También en esta edición

- Una Intervención prometedora para los Atracones
- Subiéndose en la Báscula: No es un Proceso Tan Simple
- Probando dos Abordajes de Tratamiento y la Alianza Terapéutica
- Comparando los Costos Sanitarios en el Sistema de VA (Administración de Veteranos)
- Terapia de Aumento para Pacientes Hospitalizados con Anorexia Nervosa
- Los Padres Cuidadores necesitan TLC también
- Realimentación Obligatoria ara Pacientes Gravemente Enfermos con AN
- Identidad de Género y Patología Relacionada con la Alimentación
- Respuestas Alteradas de Endocannabinoides a la Alimentación Hedónica detectadas entre los pacientes con AN
- La Nutrición y la Ingesta de Comida en Mujeres con Anorexia Nervosa
- Revisión: Cuidados Críticos para la Anorexia Nervosa: Las Guías MARSIPAN en la Práctica
- Preguntas y Respuestas
- ¿Son los suplementos de cromo útiles para pacientes con Trastorno por Atracón?
- ¿Pueden ser usados los niveles de leptina para predecir el resultado en la Anorexia Nervosa?

En el próximo número

• La Tecnología y el Rostro Cambiante del Tratamiento

En la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (ICED) llevada a cabo en Boston esta primavera, numerosas sesiones fueron dedicadas al uso y el impacto de los datos electrónicos en tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo blogs, chats de vídeo y aplicaciones especiales. Esto y más del ICED.

ADEMÁS

- Ayuno en días alternos y Síntomas de Alimentación Desordenada
- ¿Acaso el consumo de menor ingesta de energía reduce el riesgo de cáncer en pacientes con AN?
- Efectos de la Anorexia Nervosa en la salud ósea
- El paciente resistente al tratamiento
- y mucho más

Reprinted from: *Eating Disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com